

## Fragebogen und Einverständniserklärung zur Impfung

Antje Klein  
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Simon Porschek  
Facharzt für Allgemeinmedizin

Dr. med. Christina Quellmann  
Fachärztin für Allgemein- und  
Arbeitsmedizin

### Folgende Impfungen sollen bei Ihnen durchgeführt werden:

- Tetanus  Diphtherie  Polio  Pertussis  
 Hepatitis A  Hepatitis B  andere: \_\_\_\_\_

### Vor der Durchführung der Impfung werden Sie um folgende Angaben gebeten:

Fühlen Sie sich gegenwärtig gesund?  Ja  Nein

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Blutungsneigung (ggf. auch aufgrund von Medikamenten?)  Ja  Nein

### Einverständniserklärung zur Durchführung der oben angekreuzten Impfung(en)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich habe die Aufklärung verstanden. Ich bin auch auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich bei weiteren Fragen durch den Impfarzt/-ärztin beraten zu lassen. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige in die oben angekreuzte(n) Impfung(en) ein.

Vermerke \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Impfling/gesetz.  
Vertreter/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aufklärender Arzt/Ärztin