

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