

**Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen**

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:	Ja	Nein
Ist die Person, die geimpft werden soll, gegenwärtig gesund?	☐	☐
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐
Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung durchgeführt?	☐	☐
Ist in den kommenden 4 Wochen eine Operation vorgesehen/bzw. ist in den letzten 4 Wochen eine Operation erfolgt?	☐	☐
Besteht eine Allergie? Wenn ja, welche?	☐	☐
Befindet sich die Person, die geimpft werden soll, in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle? Wenn ja, warum?	☐	☐
Hat die Person, die geimpft werden soll, Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?	☐	☐
Nimmt die Person, die geimpft werden soll, Blutverdünner (ASS, Marcumar, NOAK)?	☐	☐
Traten nach vorangegangenen Impfungen Komplikationen auf? Wenn ja, welche?	☐	☐

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei mir die folgende/n Schutzimpfung(en) durchgeführt werden. Bei Fragen wende ich mich an die impfende Ärztin/Arzt.

- | | |
|--|---|
| ☐ Tetanus | ☐ Varizellen (Windpocken) |
| ☐ Diphtherie | ☐ Pneumokokken |
| ☐ Pertussis (Keuchhusten) | ☐ HPV |
| ☐ Masern/Mumps/Röteln | ☐ Covid 19 |
| ☐ Hepatitis B | ☐ Haemophilus influenzae B |
| ☐ Polio (Kinderlähmung) | ☐ Meningokokken C |
| ☐ Influenza | ☐ Herpes zoster (Gürtelrose) |
| ☐ Sonstige Impfungen | ☐ RSV |

Ort, Datum

Unterschrift

Vom Impfteam des Gesundheitsamtes auszufüllen:

Fragen zur Impfung konnten ausreichend geklärt werden/
keine weiteren Fragen: ☐

Impfender Arzt:

Impfort: ☐ Oberarm links - Impfstoff/Carge:

☐ Oberarm rechts - Impfstoff/Carge:

Besonderheiten: