

Einwilligung zur Schutzimpfung

Achtung: Bitte freilassen – Nur von der impfenden Stelle auszufüllen

Chargennummer

Verabreichter Impfstoff

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie bestmöglich behandeln zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Daher bitten wir Sie, sich einen Augenblick Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen zu Ihren persönlichen Daten zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete Krankheit bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfung gegen diese Krankheit informiert. Er hat mir die Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen.

Name Vorname geb, am

Festnetz Mobilnummer

Email

Krankenkasse

- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung **einverstanden**
- Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung **nicht einverstanden**
(über negative Folgen dieser Entscheidung bin ich informiert)

Fortsetzung nächste Seite

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen zu Ihrer Gesundheit:

1. Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion?

Nein Ja, welche? _____

2. Besteht bei Ihnen eine Allergie? (insbesondere gegen Hühnereiweiß oder Medikamente)

Nein Ja, gegen _____

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche? _____

4. Besteht eine Schwangerschaft der zu impfenden Person?

Nein Ja

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. des Sorgeberechtigten