**Einverständniserklärung**

Impfung: ……………………………...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Zutreffendes bitte ankreuzen:* | ***Ja*** | ***Nein*** |
| Fühlen Sie sich derzeit krank, haben Sie Fieber? |  |  |
| Bestand in den letzten 14 Tagen eine akute Erkrankung? (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, usw.) Wenn ja, welche? ………………………… |  |  |
| Sind bei einer früheren Impfung Nebenwirkungen aufgetreten (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? Wenn ja, welche? ………………………… |  |  |
| Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung erhalten?  Wenn ja, welche und wann? ………………………… |  |  |
| Besteht eine Allergie/Überempfindlichkeit (insbesondere auf Hühnereiweiß, Medikamente?) Wenn ja, welche? ………………………… |  |  |
| Haben Sie ein chronisches Leiden (z.B. MS, Krebs, chron. Erkrankungen des Herzens, Lunge, Leber, Niere, epileptische Anfälle oder Erkrankungen des Gehirns, Hirnhäute, Rückenmark oder des Nervensystems? Wenn ja, welche? ………………………… |  |  |
| Haben Sie einen angeborenen/erworbenen Immundefekt oder eine Störung des Immunsystems (Chemotherapie, Cortisontherapie, Bestrahlung, HIV, AIDS, Autoimmunerkrankung)? Wenn ja, welche? ………………………… |  |  |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente wie Blutverdünnungsmittel, Cortison, Antibiotika, etc. ein? Wenn ja, welche? ………………………… |  |  |
| Ist eine Operation in den nächsten 2 Wochen geplant oder wurden Sie in den letzten 4 Wochen operiert? |  |  |
| Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft / stillen Sie derzeit? |  |  |

Ich habe das Informationsblatt über die Impfung gelesen und verstanden. Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, offene Fragen mit dem Arzt zu besprechen. Alle Angaben erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen.

Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfung einverstanden.

…………………...….. …………………………………..…… ………..…..…

Vorname Familienname Geburtsdatum

………………….……….. ……………………..…………………………..

Ort, Datum Unterschrift der zu impfenden Person

(bzw. die gesetzliche Vertretung der zu impfenden Person bei Kindern vor Vollendung des 14. Lebensjahres)