

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Damit der Impfarzt entscheiden kann, ob er Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung impfen kann, werden Sie gebeten, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen:

Zeichen akuter Erkrankungen (z.B. fieberhafte Infektionen), schwere Unfälle oder Operationen innerhalb der letzten drei Monate:

nein ja, folgende: _____

Schwere chronische Erkrankungen, z. B. Leukämie, Krebs, HIV/AIDS, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), chronische Hepatitis, chronisches Nierenleiden, allergisches Asthma, Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden:

nein ja, folgende: _____

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

nein ja, folgende: _____

Einnahme von Medikamenten oder Behandlungen, die stark auf das Immunsystem wirken, innerhalb der letzten drei Monate:

nein Kortison
 Gammaglobulin
 Immunsuppressiva
 andere, nämlich: _____

Allergien: nein Hühnereiweiß
 Antibiotika, folgende: _____
 Tierhaare
 Pollen
 andere Substanzen: _____

Bisherige Impfkomplicationen:

nein ja, folgende: _____

Andere Impfungen in den vergangenen 3 Monaten:

nein ja, folgende: _____

Name, Vorname: _____

Alle von uns empfohlenen Impfungen sind sehr gut verträglich und bieten eine hohe Wirksamkeit. Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie dennoch über alle jemals aufgetretenen Nebenwirkungen aufklären.

Mögliche Impfkomplicationen:

- Allgemeinsymptome: vorübergehend Fieber, Frösteln, Übelkeit, Unwohlsein, Durchfall, Müdigkeit, Schwitzen, Kopf-, Muskel-, Gelenkschmerzen
- Mögliche Lokalreaktionen: gelegentlich vorübergehend an der Impfstelle Rötung oder Schwellung, oder Schwellung und Verhärtung an nah gelegenen Lymphknoten
- Sehr selten: allergische Reaktionen der Haut (gelegentlich mit Juckreiz und Nesselsucht) oder Atemwege, Gefäßentzündungen
- Sehr selten: kommt es vorübergehend zu einer Verringerung der Zahl der Blutplättchen und daraus folgenden Blutungsneigung
- Einzelfällen: allergische sofort Reaktionen, neurologische Nebenwirkungen (wie z.B. vorübergehende Lähmungen)

Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen habe. Es bestand in einem Gespräch ausreichend Gelegenheit, Fragen zu erörtern.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____
(ggf. des Sorgeberechtigten)