

Einwilligung zur Impfung

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Einverständniserklärung der Eltern liegt vor

(vom Impfarzt auszufüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Nein	Ja	Wenn ja, welche
Hatte der Jugendliche bereits einmal nach einer Impfung eine allergische Reaktion oder andere Nebenwirkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatte der Jugendliche innerhalb der letzten 2 Wochen hohes Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leidet der Jugendliche derzeit an einer Erkältung oder sonstigen fieberhaften Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leidet der Jugendliche an einer bekannten Allergie (u.a. Eiweiß, Antibiotika, Lösemittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt bei dem Jugendliche eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nimmt der Jugendliche regelmäßig Medikamente ein, wie z.B. Cortison, Zytostatika, oder Medikamente zur Blutverdünnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bekommt der Jugendliche derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leidet der Jugendliche an einer schweren oder chronischen Erkrankung, insbesondere des Gehirns oder Rückenmarks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatte der Jugendliche je Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leidet der Jugendliche an einer Gerinnungsstörung oder Blutungsneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat der Jugendliche in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat der Jugendliche in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich, _____ geb. am _____, Klasse _____ wurde heute von der Ärztin/dem Arzt über die folgenden Erkrankungen und die Schutzimpfungen persönlich aufgeklärt. Ich habe alles verstanden, hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe keine weiteren Fragen. Ich bin mit der Impfung gegen die folgenden Erkrankungen einverstanden:

Mumps, Masern, Röteln (MMR)

Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten und Poliomyelitis (TdaP-IPV)

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Impfling _____

Vermerk zum Aufklärungsgespräch:

Stempel des Impfarztes/der Impfärztin:

Unterschrift des Impfarztes/der Impfärztin
