Einverständniserklä	rung zur Durchfü	ihrun	g der Impfung	g gegen:	
☐ Cholera ☐ Diphtherie ☐ FSME ☐ Gelbfieber ☐ Grippe (Influenza) ☐ Hepatitis A		☐ Jap ☐ Kei ☐ Kin ☐ Ma	patitis B panische Enzephali uchhusten (Pertus: derlähmung (Polio isern, Mumps, Röt eningokokken	sis))	 □ Pneumokokken □ Tollw ut □ Typhus □ Windpocken (Varizellen) □ Wundstarrkrampf (Tetanus)
Name Wassess					
Name, Vorname:					
geb. am:					<u>.</u>
Damit der Arzt/die Ärztin ents können, bitten wir Sie, folgend					rdung geimpft werden
Zeichen akuter Erkrankung/en	(z.B. fieberhafter Infek):			
□ nein	□ ja, folgende:				
Schwere chronische Erkranku	ng/en (auch z.B. Kramp	fleiden):			
□ nein	□ ja, folgende:				
Einnahme von Medikamenten Monate, wie z.B. Kortison, Ga	oder Behandlungen, di ammaglobuline, Immunsu	e starka ippressi	auf das Immunsyst va:	em wirken, inr	nerhalb der letzten drei
□ nein	□ ja, folgende:				
Nehmen Sie blutverdünnende	Medikamente ein z.B.	Marcum	ar, Falithrom, Hep	arin:	
□ nein	□ ja, folgende:				
Bestehen Allergien, z.B. gege	n Hühnereiw eiß, Antibio	tika, an	dere:		
□ nein	□ ja, folgende:				
Bisherige Impf-Komplikation/e	n (z.B. allergische Reak	tionen,	hohes Fieber)		
□ nein	□ ja, folgende:				
Andere Impfung/en in den ve	rgangenen 4 Wochen:				
□ nein	□ ja, folgende:				
Besteht eine Schwangerscha	ft				
□ nein	□ ja				
Alle von uns empfohlenen Imp Gründen müssen wir Sie den Jede Impfung kann Lokalreak stelle hervorrufen. Auf dieser die Informationen aus der bei Hiermit erkläre ich, dass ich	noch über alle jemals au tionen wie Schmerzen, Einverständniserklärung gefügten Impfaufklärung	fgetrete Rötunge w urde vor der	enen Nebenwirkung en, Schwellungen i die für Sie vorgese Impfung aufmerks	gen aufklären. und Verhärtung ehene Impfung sam durch.	gen an der Injektions- markiert. Bitte lesen Sie
reichend Gelegenheit, Frag					
Ich wünsche eine Kopie die	ses Formulars		□ ja	□ nein	
Ort, Datum:			Unterschrift:		
Optionale Angabe:					
Datum der Impfung	Charge	n-Aufkle	ber		
Ort der Impfung - Oberarm: lir	nks □ rechts □ sc □ i.m.				



Stempel/ Unterschrift Arzt___