

## Fragen zur Gesundheit, um Impfkomplicationen zu vermeiden

Bitte zu jeder Frage JA oder NEIN ankreuzen!

	JA	NEIN
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung durchgeführt? Wenn ja, wogegen: _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist in den kommenden 2 Wochen eine Operation vorgesehen?</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ist in den letzten 14 Tagen eine Erkrankung aufgetreten? Wenn ja, welche: _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bestand in den letzten 3 Wochen Kontakt zu Personen mit anderen ansteckenden Krankheiten? Wenn ja, welche Krankheiten: _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Befindet sich die zu impfende Person in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen: _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche: _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Besteht eine Allergie? Wenn ja, wogegen: _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Traten nach vorangegangenen Impfungen Komplikationen auf? Wenn ja, welche: _____</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Für Frauen: Sind Sie schwanger?</li> </ul>		

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Impfung gegen

\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei meinem Kind/bei mir <sup>b</sup>

\_\_\_\_\_

Familienname

\_\_\_\_\_

Vorname(n)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

derzeitige Adresse

die oben genannten Schutzimpfungen durchgeführt werden.

Das Merkblatt habe ich gelesen und wurde über Nutzen und Risiken der Impfungen ausreichend aufgeklärt. Ich habe alles verstanden und zu dem Merkblatt keine weiteren Fragen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Impflings / des Erziehungsberechtigten <sup>b</sup>

<sup>b</sup> Nichtzutreffendes streichen