

Aufklärung zur Impfung:

Gegen:

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Varizellen |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> HPV |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Meningokokken |
| <input type="checkbox"/> Pertussis | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster |
| | | | <input type="checkbox"/> _____ |

Name, Vorname, Geb.:

**Um das Impfrisiko für Sie/Ihr Kind gering zu halten,
bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:**

1. Bestehen **jetzt** oder in den **letzten 4 Wochen** akute Erkrankungen wie Fieber oder
krankenhausbedürftige Erkrankungen? 0 0
ja nein

2. Besteht eine angeborene Schwäche des **Immunsystems/ein Antikörpermangel/ein
Tumor/eine Lymphdrüsenerkrankung/Strahlentherapie?** 0 0
ja nein

3. Nehmen Sie/Ihr Kind Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen, z. B. Cortison,
Immunsuppressiva (z. B. MTX)? 0 0
ja nein

4. Sind Überempfindlichkeitsreaktionen **speziell auf Impfungen** oder Allergien (z.B. Medikamente,
Lösungsmittel, Eiweiße, Antibiotika) bekannt?

0 0
ja nein

- wenn ja, welche Allergie? _____

5. Besteht eine Erkrankung des **Gerinnungssystems** (vermehrte Blutungsneigung)? 0 0
ja nein

6. Haben Sie/Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine Impfung erhalten? 0 0
ja nein

7. Bei **Frauen im gebärfähigen Alter**: Besteht eine Schwangerschaft? 0 0
ja nein

8. Mir ist bekannt dass ich 3 Monate nach einer **Masern/Mumps/Varizellen** Impfung nicht
schwanger werden sollte. 0 0
ja nein

Welche Nebenwirkungen sind möglich?

Als normaler Ausdruck der Auseinandersetzung des Körpers mit dem Impfstoff, kann es zu Schwellung und Schmerzen des Oberarmes, sowie leichten Magendarmstörungen oder leichten grippalen Symptomen kommen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb am Tag nach der Impfung körperliche Anstrengung und Belastung des Armes zu vermeiden. Die Symptome klingen in aller Regel rasch und folgenlos ab.

Seltene Probleme nach Impfungen können sein:

- **Allergische Reaktionen**
- **Entzündungen im Impfgebiet**
- **Nervenstörungen**
- **Blutbildveränderungen**

Hier ist eine Therapie notwendig und es sind in sehr seltenen Fällen Folgeschäden möglich. Wichtig ist zu verstehen, dass Folgeschäden nach Impfungen 1000 – 10000-mal seltener auftreten als nach der Erkrankung.

Dr. med. Christoph Scheininger
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
(Notfallmedizin)
Rottachstr. 71-73 • 87439 Kempten

Dr. med. Gerd-Willem Urban
Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Rottachstr. 71-73 • 87439 Kempten

Kempten

Tel. 0831-95684 • Fax 0831-98264

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Einwilligungserklärung:

Über die geplante Impfung wurde ich informiert. Mir wurde ein ausführlicher Aufklärungsbogen ausgehändigt (Quelle: Deutsches Grünes Kreuz, nach den aktuellen STIKO-Empfehlungen). Ich hatte ausreichend Zeit mir diesen durchzulesen. Die Inhalte waren für mich verständlich.

Ich habe gelesen das mir empfohlen wird 30 Minuten nach der Injektion in der Praxis zu bleiben, da in dieser Zeit eine allergische Reaktion auftreten kann.

1. Ich verlasse die Praxis trotz der Aufklärung auf eigene Verantwortung. _____

Unterschrift Patient

2. Ich bin darüber aufgeklärt, jederzeit ein Gespräch beim Arzt nach der Impfung zu bekommen. Ich willige hiermit in die geplante Impfung ein.

Kempten

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Wenn Sie die Einwilligung als Kopie erhalten wollen, sprechen Sie uns an!!