



Ärztehaus Kastanienallee / Lungenpraxis Strausberg

Einverständniserklärung zur Impfung

Mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger, die **Behandlungsmöglichkeiten** und über die Schutzimpfung gegen diese Krankheiten informiert. Er hat mir Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen hingewiesen. Er hat mich ferner über die Art und Weise der **Durchführung der Impfung**, über die **Art des Impfstoffes** und über **Beginn und Dauer des Impfschutzes** informiert sowie darüber, wie ich mich **nach der Impfung verhalten** soll.

- ☐ Diphtherie*
- ☐ Tetanus*
- ☐ Pertussis (Keuchhusten)*
- ☐ Polio (Kinderlähmung)*
- ☐ Haemophilus influenza Typ B (Hib)
- ☐ Hepatitis B*
- ☐ Masern, Mumps, Röteln (MMR)*
- ☐ Windpocken (Varizellen)
- ☐ Rotaviren
- ☐ FSME
- ☐ Meningokokken C
- ☐ Pneumokokken
- ☐ Saisonale Influenza (Virusgrippe)
- ☐ HPV (Humane Papillomviren)
- ☐ Herpes Zoster
- ☐ Respiratorisches Synzytial-Virus (RSV)
- ☐ Andere:.....

*Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich bin mit der Durchführung der oben gekennzeichneten Impfungen einverstanden.

☐ Mein Arzt hat mich informiert, dass zu gegebener Zeit weitere Impfungen erforderlich sind.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich an diesen Termin erinnern.

☐ Ich lehne die Impfungen, die vorstehend gekennzeichnet sind, ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfungen wurde ich von meinem Arzt informiert.

Name: Geburtsdatum:.....

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte(r):