

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 die 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)
	Rotavieren		FSME
	Meningokokken C		Pneumokokken
	Influenza (Virusgrippe)		HPV (Humane Papillomviren)
	Herpes Zoster		

*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 darüber informiert, dass zu folgenden Terminen

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: _____

ggf. des Sorgeberechtigten

Dr. med. Katrin Besenbruch
Internistin/ Diabetologin
Manuela Gnauck
Internistin
- Hausärztliche Versorgung -
Bahnhofstraße 53, 12555 Berlin
Tel: (030) 656 25 53
Fax: (030) 65 48 72 60
72 22249

Bearbeitungsvermerke:

Mitarbeiterzeichen

Datum