PRAXIS BÄRENSTIEGE

Dr. med. M. **Reinermann**, *Arzt f. Innere Medizin u. Gastroenterologie* · Dr. med. H.-J. **Peters**, *Arzt f. Allgemeinmedizin*
Dr. med. I. **Kintrup**, *Ärztin f. Innere Medizin* · M.-T. **de Boer**, *Ärztin f. Innere Medizin u. Geriatrie (angestellte Ärztin)*

Fragen und Hinweise bei Impfungen mit „Todimpfstoffen“

Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis, Hib, HPV, Pneumokokken, Influenza, FSME, Hepatitis A und B, Meningokokken C, B, ACWY, Jap. Enzephalitis, Tollwut, Typhus, Herpes-Zoster, Cholera, RSV, Covid-19

1. **Ist der Impfling gegenwärtig gesund?**
   Ja ☐ **Nein** ☐
2. **Ist bei dem Impfling eine Allergie bekannt?**
   (Bei Influenza, Tollwut und Gelbfieber insbesondere gegen Hühnereiweis.)
   Ja ☐ **Nein** ☐
   Wenn ja, welche_____
3. **Traten bei dem Impfling nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?**
   Ja ☐ **Nein** ☐
4. **Besteht bei dem Impfling eine Immunmangelkrankheit (erworben, angeboren, durch Medikamente bedingt)?**
   Ja ☐ **Nein** ☐
5. **Hat der Impfling eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden?**
   Ja ☐ **Nein** ☐

Zusätzlich zu beachten, bei Impfungen mit „Lebendimpfstoffen“

Mumps, Masern, Röteln, Varizellen, Gelbfieber, Dengue, Typhus-Schluckimpfung,

1. **Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?**
   Ja ☐ **Nein** ☐
2. **Hat der Impfling in den vergangenen drei Monaten Immunglobulin (Gammaglobulin) erhalten oder wurde eine Bluttransfusion vorgenommen?**
   Ja ☐ **Nein** ☐
3. **Wurde bei dem Impfling in den vergangenen vier Wochen eine Schutzimpfung durchgeführt oder ist in den kommenden vier Wochen eine Schutzimpfung gegen andere Erkrankungen geplant?**
   Ja ☐ **Nein** ☐
   Wenn ja, welche und wann _____

Einwilligungserklärung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Impfung gegen: _____

Handelsname/Charge: _____

Vermerke: _____

☐ **Ich wurde im Gespräch über die Impfung aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Impfung ein.**

☐ **Bei Reiseimpfungen:**
Ich bin darüber informiert worden, dass die Kosten für die Impfung(en) wahrscheinlich nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden.

_____ _____

Datum **Unterschrift des Impflings (bzw. des Sorgeberechtigten)**

Bärenstiege 1 | 48249 Dülmen | Tel.: 02594/94680 | Fax: 02594/946829 | eMail: info@praxis-baerenstiege.de
www.praxis-baerenstiege.de