



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Jan **Preuß**, *Arzt für Innere Medizin*; Dr. med. Hermann-Josef **Peters**, *Arzt für Allgemeinmedizin*;
Dr. med. Iris **Kintrup**, *Ärztin für Innere Medizin*

**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

1. **Ist der Impfling gegenwärtig gesund?**
Ja Nein
2. **Ist bei dem Impfling eine Allergie bekannt?**
(Bei Influenza, Tollwut und Gelbfieber insbesondere gegen Hühnereiweiß.)
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 Immundefizienz (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 habe das Merkblatt zur Impfung gelesen und 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)