

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES IMPFLINGS
MIT DER DURCHFÜHRUNG DER IMPFUNG GEGEN DIPHtherIE-, TETANUS, PERTUSSIS UND
POLIOMYELITIS MIT BOOSTRIX-POLIO®**

Fragen zur Gesundheitssituation des Impflings

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person:

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:
ev. früherer Name:		
männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>	
vollständige Wohnadresse:		

1. Besteht aktuell eine Erkrankung oder Fieber? ja nein
2. Wurde in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
3. Besteht/Bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns und des Rückenmarks/Nervenentzündungen (z.B. Lähmungen, Armnerventzündung) oder eine Autoimmunerkrankung? Wenn ja, welche? _____ ja nein
4. Bestanden jemals Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle beim Impfling oder in der Familie? ja nein
5. Besteht eine Blutungsneigung oder eine Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)? ja nein
6. Besteht eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. gegen **Neomycin, Polymycin**)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
7. Ist eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung bekannt? ja nein
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
8. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen oder eine Ohnmacht aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
9. Traten nach einer Impfung mit Keuchhustenkomponente eines der folgenden Probleme auf: ja nein
- Temperaturerhöhung (≥ 40 °C) innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung
- Kollaps oder schockähnlicher Zustand innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung
- anhaltendes Schreien über drei Stunden und länger innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung
- Krämpfe oder Krampfanfälle mit oder ohne Temperaturerhöhung innerhalb von drei Tagen nach der Impfung
10. Wurde in den letzten 2 Jahren eine Auffrischungsimpfung mit Diphtherie/Tetanus durchgeführt? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
11. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung verabreicht? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
12. Wurden in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) verabreicht? Wenn ja, wann und was? _____ ja nein
13. Besteht eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)? Wenn ja, welche? _____ ja nein
14. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ja nein
15. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? ja nein
Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____
16. **Für Frauen:** Beabsichtigen Sie schwanger zu werden, sind Sie schwanger oder stillen Sie? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Aufklärungsinformationen zum angewendeten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte damit die Möglichkeit, mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und über Nebenwirkungen der Impfung zu informieren und mich bei Unklarheiten an meine betreuende Ärztin/Arzt zu wenden.

Der mündige Minderjährige (einsichtig und urteilsfähig, älter als 14 Jahre) muss selbst einwilligen. Eine Zustimmung der Eltern ist nicht erforderlich.

_____ Datum: _____
Unterschrift der zu impfenden Person

Von der Impfärztin / dem Impfarzt einzutragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> 1. Impfung*	<input type="checkbox"/> 2. Impfung*	<input type="checkbox"/> Auffrischungsimpfung nach erfolgter Grundimmunisierung
* Grundimmunisierung nach dem Säuglingsalter		
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf

_____ Datum: _____
Unterschrift der(s) Impfärztin/Impfarztes, Stempel

Vermerke für die Impfärztin / den Impfarzt: (persönliche Gespräche; Informationen; Erklärungen; Sachverhalte)