

Formblatt für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES IMPFLINGS
 mit der Durchführung der Humanen Papilloma Virus-Impfung (HPV-Impfung) mit Gardasil 9®
 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?
 Wenn ja, welche und wann? _____ ja nein
3. Besteht eine Blutungsneigung (Hämophilie) oder eine Verminderung von Blutplättchen
 (Thrombocytopenie)? ja nein
4. Besteht eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. gegen eine HPV-Impfung)?
 Wenn ja, was auf welche Impfung? _____ ja nein
5. Besteht eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung?
 Wenn ja, welche bei welcher Impfung? _____ ja nein
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen oder eine Ohnmacht aufgetreten?
 Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____ ja nein
7. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung verabreicht?
 Wenn ja, welche und wann? _____ ja nein
8. Wurde in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung)
 verabreicht? Wenn ja, wann und was? _____ ja nein
9. Besteht eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS,
 Niereninsuffizienz)? Wenn ja, welche? _____ ja nein
10. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ja nein
11. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung
 (z.B. Sintrom) eingenommen? ja nein
 Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____
12. Besteht eine Schwangerschaft oder beabsichtigen Sie schwanger zu werden? 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:

<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung	<input type="checkbox"/> 3. Teilimpfung*
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

- Zutreffendes bitte ankreuzen * bei erster Impfung jenseits des 15. Geburtstags: 3 Teilimpfungen erforderlich
 Es bestanden kein weiterer Aufklärungsbedarf

_____ Datum:

_____ Unterschrift der(s) Impfärztin/Impfarztes, Stempel

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