

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES IMPFLINGS MIT DER DURCHFÜHRUNG DER DER IMPFUNG GEGEN DIPHTHERIE, TETANUS, KEUCHHUSTEN UND POLIO MIT REPEVAX®**

**Fragen zur Gesundheitssituation des Impflings**

**Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!**

**Daten der zu impfenden Person:**

Zutreffendes bitte ankreuzen!

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

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?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
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, Glutaraldehyd, Polymycin, Streptomycin, Formaldehyd, Rinderserumalbumin)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
7. Besteht eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung?  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. Wurde in den letzten 2 Jahren eine Auffrischungsimpfung mit Diphtherie/Tetanus durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
10. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung verabreicht?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
11. Wurde in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) verabreicht? Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_  ja  nein
12. Besteht eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
13. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt?  ja  nein
14. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen?  ja  nein  
Wenn ja, welche, wieviel und wann? \_\_\_\_\_
15. **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)**