

Impfaufklärung/ Einverständniserklärung für

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Chargen Nr. der Impfung: _____ **O s.c. oder O i.m.**
O li. oder O re.



Leiden Sie zurzeit an einer akuten oder chronischen Erkrankung? Ja Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente, wenn ja welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, wie Marcumar, Xarelto, Clopidogrel, Pradaxa, Eliquis oder ASS ein? _____

Hatten Sie früher eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung? Ja Nein

Sind Krampfanfälle oder psychische Leiden bekannt? Ja Nein

Besteht eine Überempfindlichkeit/ Allergie gegenüber Hühnereiweiß? Ja Nein

Besteht sonst eine Allergie, wenn ja welche? _____

Ist bei Ihnen eine Schuppenflechte (Psoriasis) bekannt? Ja Nein

Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen durchgeführt worden? Ja Nein

Neigen Sie zu Kreislaufschwäche? Ohnmacht? Ja Nein

Hatten Sie früher schon eine Impfreaktion? Ja Nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein

Ist in den nächsten 3 Monaten eine Schwangerschaft beabsichtigt? Ja Nein

Dr. med. Oliver Meub
FA Allgemeinmedizin
FA Innere Medizin
(privatärztlich)

Dr. med. Ina Kramm
FÄ Allgemeinmedizin
(angest.)

In der Grobach 18
61197 Florstadt

www.praxis-mockstadt.de
Tel.: 06041 8238250
Fax: 06041 8239990

Von der Praxis auszufüllen:

Diphtherie/ Tetanus	Hämophilus infl. (Hib)	Herpes Zoster
Polio/ IPV	Keuchhusten/ Pertussis	Windpocken
Meningokokken	Masern/ Mumps/ Röteln	HPV
Pneumokokken	Tollwut	FSME
Hepatitis A	Japanische Enzephalitis	Grippe/ Influenza
Hepatitis B	Gelbfieber	
Thypus oral/ Injektion	Cholera	

Malariamedikation:

Atovaquon/ Proguanil (Malarone), Chloroquin/ Proguanil (Resorchine-Palu), Chloroquin (Resorchin, U. a.), Artemether/ Lumefantrine (Riamet), Mefloquin (Lariam, u.a.)

1 = vorbeugende 2 = standby Medikation

Bitte zutreffendes unbedingt ankreuzen!

0 Ich hatte ausreichend Zeit Fragen zu stellen und Antworten zu erhalten.

0 Ich bin mit der Durchführung der Impfung (en) von mir/meines Kindes einverstanden.

0 Ich bin mit der Durchführung der Impfung (en) nicht einverstanden. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hat mich mein Arzt informiert.

Ort: _____, den _____ Unterschrift: _____

Bitte bleiben Sie für mindestens 10 Minuten nach der Impfung in unserer Praxis!