**IMPFAUFKLÄRUNG & EINVERSTÄNDNISSERKLÄRUNG**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am:\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_

angekreuzte Impfung/en wird/ werden durchgeführt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cholera |  | Hepatitis B |  |
| Diphterie/Polio/Tetanus/Keuchhusten |  | Japanische Enzephalitis |  |
| Grippe(Influenza) |  | Masern/Mumps/Röteln |  |
| Hepatitis A |  | Menigokokken ACWY oder/und B |  |
| Lungenentzündung (Pneumokokken) |  | Tollwut |  |
| Typhus |  | Windpocken |  |
| Gürtelrose (Shingrix ®) |  |  |  |

Um Risiken auszuschließen benötigen wir folgende Angaben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nein | Ja |
| Haben Sie Zeichen einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Husten, Brennen beim Wasserlassen)? |  |  |
| Schwere chronische Erkrankungen (z.B.Epilepsie, angeborenen Immunschwäche, HIV)? |  |  |
| Einnahme von Medikamenten die auf das Immunsystem schwächend wirken (z.B. Cortison, Immunsuppressiva, Chemotherapie)? |  |  |
| Nehmen Sie blutverdünnenden Medikamente ein (z.B. Marcumar, Phenprocumon, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Lixiana)? |  |  |
| Sind Allergien bekannt (z.B.Hühnereiweiß, andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)? |  |  |
| Gab es bei früheren Impfungen Komplikationen (z.B. allergischer Reaktionen, Ohnmachtsanfälle, hohes Fieber, andere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)? |  |  |
| Impfungen in den letzten 14 Tagen ? (Welche\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)? |  |  |
| Könnten Sie schwanger sein ? |  |  |
| Haben Sie die letzte o.g. Impfung gut vertragen ? |  |  |

***Impfungen sind sehr gut verträglich und bieten eine hohe Wirksamkeit.***

Jede Impfung kann Lokalreaktionen verursachen: **Schmerzen, Rötung, Schwellung, Verhärtung an der Einstichstelle (ca. 90 %). Ausserdem tritt folgendes auf: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen (ca. 30%), Fieber, Lymphknotenschwellung (ca. 10%). Noch nie haben wir eine allergische Reaktion auf eine Impfung in unserer Praxis erlebt, diese sind aber in Einzelfällen beschrieben (bis hin zum Schock).** Sollte es zu einer allergischen Reaktion kommen wird sofort ein Arzt verständigt.

Da eine Immunreaktion ausgelöst wird sollten Sie sich für **eine Woche schonen** (kein Sport , keine körperliche Anstrengung o.ä.). Sollte es länger als 5 Tage zu Beschwerden kommen melden Sie sich bei uns (0711/3451011) oder einem anderen Arzt.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Risiken und Informationen zur Kenntnis genommen u. verstanden habe. Es bestand ausreichend Gelegenheit Fragen zu erörtern. Mit der Impfung durch eine medizinische Fachangestellte auch ohne Anwesenheit des Arztes erkläre ich mich einverstanden.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ich habe keine weiteren Fragen |  | Ich möchte geimpft werden |  | Ich verzichte auf ein ärztliches Aufklärungsgespräch |  |

Ort,Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_