

Impfanamnese / Einverständniserklärung

Um das Risiko von Komplikationen zu verringern,
bitte ich folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____, _____, _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

• Leiden Sie zurzeit an einer Infektion/Entzündung, wenn ja, woran? ja/nein

• Hatten Sie nach früheren Impfungen Komplikationen? ja/nein

• Sind Sie schwanger? ja/nein

• Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, wenn ja an welcher? ja/nein

• Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja, welche? ja/nein

• Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, ASS)? ja/nein

Ich habe die Informationen des Merkblattes zur Kenntnis genommen und bin über die Möglichkeit informiert, mich ergänzend durch den Betriebsarzt informieren zu lassen.

Ich habe folgende Fragen:

Ich willige in die vorgeschlagene _____-Impfung ein.

Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile wurde ich informiert.

Ort, Datum, Unterschrift (des Impflings bzw. Erziehungsberechtigten/Betreuungsperson)

Unterschrift des Arztes