



Betriebsarztpraxis im CCB

Dres. med. J.E.Kulemann / C.Reinke
Bergedorfer Str. 105, 21029 Hamburg, Tel 04072008273
www.betriebsarzt-ccb.de

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Impfaufklärung-Einverständniserklärung zur Impfung gegen

Damit der Arzt entscheiden kann, ob er Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung impfen kann, werden Sie gebeten, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen:

Zeichen der **akuten Erkrankung** (z. B. fieberhafte Infektion), schwere Unfälle oder Operationen innerhalb der letzten 3 Monate:

☐ nein ☐ ja, folgende _____

Schwere **chronische Erkrankungen**, z. B. Leukämie, Krebs, Aids, Diabetes mellitus, chronische Hepatitis, chronisches Nierenleiden, allergisches Asthma, Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden:

☐ nein ☐ ja,

folgende _____

Einnahme von **Medikamenten** oder Behandlungen, die stark auf das Immunsystem wirken oder die Blutgerinnung hemmen, innerhalb der letzten drei Monate:

☐ nein ☐ Kortison
☐ Gammaglobulin
☐ Immunsuppressiva
☐ Gerinnungshemmer
☐ andere

Allergien

☐ nein ☐ ja
☐ Hühnereiweiß
☐ Antibiotika,
☐ Tierhaare
☐ Pollen
☐ andere

Substanzen: _____

Bisherige **Impfkomplikationen**

☐ nein ☐ ja,

folgende: _____

Andere **Impfungen** in den vergangenen 3 Monaten:

☐ nein ☐ ja,

folgende: _____

Besteht eine **Schwangerschaft**?

☐ nein ☐ ja

Wird **gestillt**?

☐ nein ☐ ja

Impfungen sind im Allgemeinen gut verträglich und bieten eine hohe Wirksamkeit. Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie jedoch über Nebenwirkungen aufklären. Lesen Sie bitte hierzu das gesonderte Informationsblatt zur geplanten Impfung. Jede Injektionsimpfung kann Lokalreaktionen wie Schmerzen, Rötung, Schwellungen und Verhärtungen an der Injektionsstelle und allergische oder immunologische Reaktionen hervorrufen.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Information verstanden und zur Kenntnis genommen habe. Es bestand in einem Gespräch ausreichend Gelegenheit, Fragen zu erörtern.

Folgende Punkte wurden besprochen:

Datum: _____

Unterschrift: _____