

Impfaufklärungsbestätigungsblatt

Dr. med. Andreas Huth und Kollegen

Güldendorfer Straße 35, 15232 Frankfurt (Oder)

Herr / Frau

Name, Vorname: _____ Telefonnummer: _____

Straße: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ, Ort: _____

Sehr geehrte Frau / Sehr geehrter Herr

folgende Impfungen werden empfohlen:

Impfung	1. Impfung	2. Impfung	3. Impfung	4. Impfung	Boosterung
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Masern / Mumps / Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kontraindikation bei der MMR-Impfung:					
1) angeborene, erworbene oder therapiebedingte Immundefizienz					
2) Schwangerschaft -> es besteht die Notwendigkeit, bis 3 Monate nach der Impfung zuverlässig zu verhüten..					
Menigokokken C	<input type="checkbox"/>				
Polio trivalent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windpocken (Varicellen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorraussetzung für die Bezahlung der FSME-Impfung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist ein Aufenthalt in FSME-Gebieten in Deutschland. Eine entsprechende Landkarte liegt hier aus. Ich werde in ein solches Gebiet reisen.					
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>				
Influenza saisonal	<input type="checkbox"/>				
Sonstige:					

Bei jeder Impfung kann es zu lokalen und allgemeinen Nebenwirkungen und zu so genannten Impfkomplicationen, wie zum Beispiel Gelenksbeschwerden, kommen. Es wurde auch lebensbedrohliche Situationen beschrieben

Die Aufklärungsblätter für obige Impfungen liegen hier im Vorraum. Diese konnte ich lesen. Ich hatte genügend Zeit dafür.

Kontraindikationen für die Impfung liegen nicht vor bzw. sind nicht bekannt.

Die Voraussetzungen zur Kostenübernahme der Impfung gegenüber meiner Krankenkasse, meinem Arbeitgeber oder mir selbst, liegen vor.

Über mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Impfungen, die ich erhalten soll, bin ich aufgeklärt worden.

Sachverhalte die gegen eine aktive Immunisierung sprechen, sind mir nicht bekannt.

Nach entsprechender Aufklärung durch den Arzt, gebe ich *meine Unterschrift* und erhalte dieses Impfaufklärungsbestätigungsblatt für meine Unterlagen.

Ich möchte die oben gekennzeichnete/n Impfung/en jetzt erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen.

Frankfurt (Oder), den

X Unterschrift

Name, Vorname

Gebdatum

..... Unterschrift

Impfberatung u Aufklärung erfolgte auch durch den impfaufklärenden Arzt