

Einverständniserklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigter / Betreuer: _____

Vor der Durchführung der Impfung bitten wir Sie um folgende Angaben:

1. Sind Sie aktuell krank (Fieber, Schüttelfrost o.ä.)? ☐ ja ☐ nein
2. Liegt beim Impfling eine Schwangerschaft vor? ☐ ja ☐ nein
3. Wurde in den letzten 4 Wochen eine Impfung durchgeführt
oder planen Sie weitere Impfungen in den nächsten 4 Wochen? ☐ ja ☐ nein
4. Sind Sie in den letzten 2 Wochen operiert worden
oder ist eine Operation in den nächsten 2 Wochen geplant? ☐ ja ☐ nein
5. Leiden Sie an einer Immunschwäche? ☐ ja ☐ nein
6. Erhielten Sie in den letzten 3 Monaten eine Bluttransfusion oder Immunglobuline? ☐ ja ☐ nein
7. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende
Medikamente ein? Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein
8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt
oder traten nach einer Impfung allergische Reaktionen oder hohes Fieber auf? ☐ ja ☐ nein

Ich willige in die folgende/n Impfung/en ein:

☐ Influenza (Grippe)	☐ RSV	☐ Pneumokokken (Lungenentzündung)
☐ Tetanus	☐ Covid 19	

Ort / Datum

Unterschrift
