

.....
Name des Impflings

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte gegen folgende Erkrankung/en geimpft werden. | <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte dass mein Sohn / meine Tochter gegen folgende Erkrankung/en geimpft wird. |
| <input type="checkbox"/> Nein, ich lehne die Impfung gegen folgende Erkrankung/en ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung/en bin ich informiert worden. | <input type="checkbox"/> Nein, ich lehne die Impfung meiner Tochter / meines Sohnes gegen folgende Erkrankung/en ab. |

-
- Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis (Boostrix polio)
 - Tetanus, Diphtherie, Pertussis (Boostrix)
 - Tetanus, Diphtherie, Polio (Revaxis)
 - Tetanus, Diphtherie
 - Pneumokokken
 - Grippe (Influenza)
 - FSME
 - Herpes Zoster (Gürtelrose)

.....

Aufklärung über Impfkomplicationen:

Komplicationen an der Einstichstelle: z.B. Rötung, Schwellung, Abzessbildung

Allgemeine Komplicationen: z.B. Fieber, Unwohlsein

Allergische Komplicationen: z.B. Hautreaktionen, asthmatische Beschwerden, anaphylaktische Reaktion

.....
Datum und Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters