



Bewohner:  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Betreuer: \_\_\_\_\_

**Ich möchte geimpft werden:**    **nein**    **ja**

Damit der Arzt/die Ärztin entscheiden kann, ob Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung geimpft werden können, bitten wir Sie, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen:

Zeichen akuter Erkrankung/en (z.B. fieberhafter Infekt):    **nein**    **ja,**

folgende: \_\_\_\_\_

Schwere chronische Erkrankung/en (auch z.B. Krampfleiden):    **nein**    **ja,**

folgende: \_\_\_\_\_

Einnahme von Medikamenten oder Behandlungen, die stark auf das Immunsystem wirken, innerhalb der letzten drei Monate, wie z.B. Kortison, Gammaglobuline, Immunsuppressiva:

**nein**    **ja,** folgende: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein z. B. Marcumar, Falithrom, Heparin:

**nein**    **ja,** folgende: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien, z.B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika, andere:

**nein**    **ja,** folgende: \_\_\_\_\_

Bisherige Impf-Komplikation/en (z.B. allergische Reaktionen, hohes Fieber)

**nein**    **ja,** folgende: \_\_\_\_\_

Andere Impfung/en in den vergangenen 4 Wochen:

**nein**    **ja,** folgende: \_\_\_\_\_

Alle von uns empfohlenen Impfungen sind sehr gut verträglich und bieten eine hohe Wirksamkeit. Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie dennoch über Nebenwirkungen aufklären. Jede Impfung kann Lokalreaktionen wie Schmerzen, Rötungen, Schwellungen und Verhärtungen an der Injektionsstelle hervorrufen. Auf dieser Einverständniserklärung wurde die für Sie vorgesehene Impfung markiert. Bitte lesen Sie die Informationen aus der beigelegten Impfaufklärung vor der Impfung aufmerksam durch. Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Es bestand ausreichend Gelegenheit, Fragen zu erörtern. Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Ich wünsche eine Kopie dieses Formulars    **ja**    **nein**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_