



Version 1.0	<i>Impfeinverständnis</i> Zuletzt geändert am 04.10.2021
----------------	---

Einverständnis zur Impfung gegen _____

Vor Durchführung der Impfung wird um folgende Angaben gebeten:

Besteht zur Zeit ein fieberhafter Infekt ? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Besteht eine Allergie gegen Hühnereiweiß, Quecksilberverbindungen oder Formaldehyd? ja nein

Sind Sie Links- oder Rechtshänder ?

Ist die Impfung beruflich notwendig? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wurden Sie in den letzten 14 Tagen geimpft ? ja nein

Information zur Impfung:

Lebendimpfstoffe, wie Masern/Mumps/Röteln od. Varizellen :

Nach der Impfung sollte eine Schwangerschaft über einen Zeitraum von 1 Monat verhindert werden.

Mögliche Impfreaktionen nach Impfungen :

Schmerzen, Rötung, Schwellung, Muskelschmerzen, allgemeine Müdigkeit, Kopfschmerzen, Erkältungsanzeichen, Fieber

1-3 Tage nach der Impfung sollten körperliche Anstrengungen vermieden werden.

Name, Vorname : _____ geb.: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Charge: _____ Unterschrift Arzt: _____