



Dr. med.

**Julia Stoy**

Fachärztin für Innere Medizin  
Hausärztin

## Einverständniserklärung + Dokumentationsbogen zur Impfung

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy, ggf. eMail-Adresse: \_\_\_\_\_

Impfung gegen folgende Erkrankung:

Vor Durchführung der Impfung sind folgende Angaben notwendig:

Sind Sie seit min. 14 Tagen **Infekt-/Fieberfrei** und fühlen sich gegenwärtig **gesund**?  *nein*  *ja*

Ist bei Ihnen eine **Allergie** bekannt?  *nein*  *ja, und zwar:*

Traten bei einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche **Reaktionen** auf?  *nein*  *ja*

Neigen Sie zu **Blutungen**? Nehmen Sie **Blutverdünnende Medikamente** ein?  *nein*  *ja*

Sind Sie **Schwanger**? Stillen Sie?  *nein*  *ja, in folgender Schwangerschaftswoche:*

Erhalten Sie eine **Krebstherapie**?  *nein*  *ja*

Erhalten Sie Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen?  *nein*  *ja*

Die Aufklärung im Impfordner habe ich gelesen und verstanden. Ich bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend informieren zu können.

*Ich habe keine weiteren Fragen und stimme der o.g. Schutzimpfung zu.*

*Ich lehne die o.g. Schutzimpfung trotz möglicher Nachteile ab.*

Name + Charge Impfstoff für den internen Gebrauch:

Impfung erfolgt:  *linker OA*  *rechter OA*

*i.m.*  *s.c.*  *i.m.*  *s.c.*

\_\_\_\_\_  
*Datum, Unterschrift des Patienten*

\_\_\_\_\_  
*Datum, Unterschrift des Arztes*