

Einverständniserklärung für eine Schutzimpfung

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Vers. Nr. des Impflings lt. E-Card:

Impfung: Influenza

- | | JA | NEIN |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ist Ihr Kind bereits geimpft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Ist Ihr Kind derzeit gesund? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Allgemeinnarkose oder Operation geplant? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Chronische Erkrankung bzw. Autoimmunerkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Blutungsneigung bzw. Blutgerinnungsstörung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Ist bei Ihrem Kind eine Allergie bekannt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Allergische Reaktion auf Impfung bekannt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Andere Impfung in den letzten 4 Wochen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Besteht eine Abwehrschwäche?
(z.B. durch Krebs, Leukämie, Niereninsuffizienz) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle bekannt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. sonstige Anmerkungen: | | |

Erklärung:

Informationsblatt wurde gelesen und verstanden. Es bestehen keine weiteren Fragen.

Mit der Unterschrift bestätige ich meine Einwilligung zur Impfung.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Datum

Unterschrift der(s) Eltern/Erziehungsberechtigten