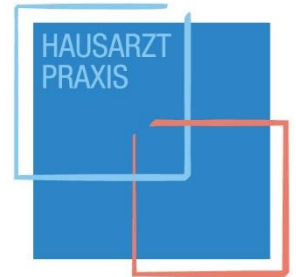


Datum: _____



BRITTA & JAN BRACKMANN
ALLGEMEINMEDIZIN
PSYCHOSOMATISCHE
GRUNDVERSORGUNG

Einverständniserklärung zur Impfung

Mein Arzt hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert. Er hat mir den Nutzen und die Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen und mich auf mögliche Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Art und Weise der Durchführung der Impfung, Beginn und Dauer des Impfschutzes wurden besprochen.

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Durchführung der Impfung/passiven Immunisierung gegen:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Infuenza (Grippe) | ☐ Pertussis (Keuchhusten) | ☐ Humane Papillomviren (HPV) |
| ☐ COVID-19 | ☐ Polio (Kinderlähmung) | ☐ Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) |
| ☐ Respiratorische Synzytial-Viren (RSV) | ☐ Hepatitis B | ☐ Andere Impfungen: |
| ☐ Herpes Zoster (Gürtelrose) | ☐ Pneumokokken | _____ |
| ☐ Tetanus | ☐ Rotaviren | |
| ☐ Diphtherie | ☐ Masern, Mumps, Röteln (MMR) | |

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen.

- ☐ Ich bin mit der Durchführung der o.g. angekreuzten Impfungen einverstanden.
- ☐ Ich lehne die o.g. angekreuzten Impfungen für Herr/Frau _____ ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung der Impfung wurde ich vom Arzt informiert.
- ☐ Ich bitte vor der Impfung um ein persönliches ärztliches Gespräch.

Datum/ Name/ Unterschrift des Betreuers:

Mit meiner Unterschrift handele ich im Einverständnis des Betreuten.