

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur SCHUTZIMPFUNG
GEGEN DIPHTHERIE TETANUS KEUCHHUSTEN UND KINDERLÄHMUNG
mit Boostrix-Polio®**

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Traten bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen auf?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht derzeit oder bestand in den letzten 2 Wochen Fieber ? Bestehen derzeit andere Symptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Medikamente) Wenn ja, welche? Falls derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe durchgeführt wird: wann war die letzte Verabreichung?..... wann ist die nächste Verabreichung geplant?.....	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/ Immunerkrankung ? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Cortison, Zytostatika, Medikamente zur Blutverdünnung) eingenommen? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung) vor? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde vor kurzem eine eingreifende Behandlung (z.B. eine Operation) durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks vor? Traten schon einmal epileptische Anfälle auf?	ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sofern eine Schwangerschaft bei der Jugendlichen festgestellt besteht, bitte ankreuzen!	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja welche und wann?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke

----- Familienname des Kindes	----- Vorname des Kindes
----- Adresse	
----- Geburtsdatum des Kindes: Tag/Monat/Jahr	
----- Name der oder des Erziehungsberechtigten	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt und die Gebrauchsinformation zum obengenannten Impfstoff (Boostrix-Polio[®]) sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde dort über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Gegenanzeigen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Ich hatte Gelegenheit während der Dienststunden des Schulärztlichen Dienstes offene Fragen mit der Ärztin / dem Arzt zu besprechen, bin aber über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden.

Datum

Unterschrift der oder des Erziehungsberechtigten

HINWEIS:

Wenn Sie die Möglichkeit eines persönlichen Gespräches mit der Ärztin / dem Arzt während der Dienststunden des Schulärztlichen Dienstes in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, diese Einverständniserklärung erst nach dem erfolgten Aufklärungsgespräch zu unterfertigen und der Schulärztin bzw. dem Schularzt persönlich auszuhändigen.

Ärztliche Anmerkungen:

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin