

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur SCHUTZIMPFUNG
GEGEN MENINGOKOKKEN A, C, W135 und Y
mit Nimenrix®**

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN:

(☒ Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind derzeit oder in den letzten 2 Wochen Fieber ? Leidet Ihr Kind derzeit an Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Falls Ihr Kind derzeit eine Injektionstherapie gegen Allergie-auslösende Stoffe erhält: wann war die letzte Verabreichung?..... wann ist die nächste Verabreichung geplant?.....		
Liegt bei Ihrem Kind eine angeborene oder erworbene Immundefizienz/Immunerkrankung vor? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer schweren oder chronischen Erkrankung (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung)? Wenn ja, an welcher?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Musste Ihr Kind sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. einer Operation) unterziehen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer chronisch entzündlichen Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks ? Hatte Ihr Kind je epileptische Anfälle ?	ja <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

----- Familiename 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 (Nimenrix®) 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