## Einverständniserklärung zur Durchführung von Impfungen

Anliegend erhalten Sie die Aufklärungsbögen über die Durchführung der Impfungen gegen:

- Diphtherie, Wundstarrkrampf und Keuchhusten (TdaP)
- Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung (Td-aP-IPV)

Hierin sind die wesentlichen Angaben über die durch die Impfungen vermeidbaren Krankheiten, den Impfstoff, die Impfung sowie über Impfreaktionen und mögliche Impfkomplikationen enthalten.

Vor der Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten:

1. Ist der Imp		egenwä	ärtig gesund	? Nein	(	)	
2. Hat der Impfling eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden?							
•	Ja	( )		Nein	(	)	
3. Ist bei dem	ı Impfli Ja	ng eine ()	e Allergie be	kannt? Nein	(	)	wenn ja, welche
			nach einer Reaktionen			mp )	ofung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder
Falls Sie noch mehr über die Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten, Kinderlähmung oder Hepatitis B wissen wollen, fragen Sie den Impfarzt!							
Ich habe den Inhalt der Merkblätter zur Kenntnis genommen, und ich bin auch auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend durch ein Gespräch mit dem Impfarzt informieren zu lassen.							
Name des Impflings							
geb. am							
Krankenkasse (genaue Bezeichnung erforderlich)							
(bitte Zutreffe ( ) Ich h			zen) iteren Frage	n.			
Falls nach Entscheidung des Arztes nachfolgende Impfungen erforderlich sind, willige ich in die vorgeschlagene Impfung gegen:  ( ) Diphtherie, Wundstarrkrampf und Keuchhusten (TdaP)  ( ) Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung (Td-aP-IPV)							
ein.							
` '	Ich lehne Impfungen ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfungen wurde ich informiert.						
Bitte vergessen Sie nicht am Untersuchungstag den Impfausweis vorzulegen, damit die durchgeführten Impfungen dokumentiert werden können.							
Ort, Datum:							
Unterschrift o	les Imp	oflings l					Unterschrift des Arztes / der Ärztin