



Hausarztzentrum Bommern

Impfanamnese /Einverständniserklärung

Um das Risiko von Komplikationen zu verringern, bitte ich folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Leiden Sie zurzeit an einer Infektion/Entzündung? ja nein
- Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, wenn ja an welcher? ja nein
- Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja welche? ja nein
- Hatten Sie nach früheren Impfungen Komplikationen? ja nein
- Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, ASS)? ja nein
- Sind Sie schwanger? ja nein

Ich habe die Informationen des Merkblattes zur Kenntnis genommen und bin über die Möglichkeit informiert, mich ergänzend durch den Betriebsarzt informieren zu lassen.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene _____ - Impfung ein.
- Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile wurde ich informiert.

Erläuterungen/Vermerke:

Ort, Datum, Unterschrift (des Impflings bzw. Erziehungsberechtigten)

Unterschrift des Arztes