Impfeinverständniserklärung _____

Vor Durchführung der Impfung wird um folgende Angaben gebeten:

Besteht zur Zeit ein fieberhafter Infekt? O ja O nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
z.B.: ASS, Eliquis, Pradaxa, Marcumar, Xarelto, Clopidogrel

O ja (bitte zutreffendes Medikament unterstreichen) O nein

Trat nach einer früheren Impfung eine schwere allergische Reaktion auf? O ja O nein

Ist die Impfung beruflich notwendig? O ja O nein

Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein

Wichtig nur bei Covid-Impfung:
Wurden Sie in den letzen 12 Monaten gegen Covid-19 geimpft oder hatten eine Covid-Infektion? O ja O nein

Information zur Impfung:

Lebendimpfstoffe, wie Masern/Mumps/Röteln oder Varizellen:
Nach der Impfung sollte eine Schwangerschaft über einen Zeitraum von einem Monat verhindert werden.

Mögliche Impfreaktionen:
Schmerzen, Rötung, Schwellung, Muskelschmerzen, allgemeine Müdigkeit, Kopfschmerzen, Erkältungsanzeichen, Fieber

1-3 Tage nach der Impfung sollten körperliche Anstrengungen vermieden werden.

Name, Vorname : _____ geb.: _____

Datum:_____ Unterschrift: _____

Charge: Unterschrift Arzt: