

Impfaufklärung

Liebe/r Patient/in _____

Sie haben sich dazu entschieden, sich gegen

- Grippe
- Tetanus
- Diphtherie
- Polio
- Pertussis
- Pneumokokken
- FSME
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Masern/Mumps/Röteln
- Meningokokken
- Tollwut
- Typhus
- Covid 19
-

impfen zu lassen.

Hiermit bestätigen Sie, dass Sie über die möglichen und häufigen Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten aufgeklärt wurden.

Es besteht eine Schwangerschaft: ja _____ nein _____

Es sind Allergien bekannt: ja _____ nein _____ Welche: _____

Es gab Nebenwirkungen nach Impfungen ja _____ nein _____ Welche: _____

Nach Impfungen kann es zu einem leichten Krankheitsgefühl mit leicht erhöhter Körpertemperatur kommen (bis 38,5 °C). Auch kann es an der Einstichstelle für ein bis drei Tage zu einem Gefühl wie Muskelkater kommen.

Sollten folgende äußerst seltene Symptome bei Ihnen auftreten, wenden Sie sich bitte umgehend an uns, oder außerhalb der Sprechzeit an den hausärztlichen Bereitschaftsdienst.

- Fieber über 38,5°C
- Starke Kopfschmerzen
- Rötung, Schwellung und Überwärmung der Impfstelle
- Luftnot, Hautauschlag oder Juckreiz

Ich bin mit der oben genannten Impfung einverstanden

Filderstadt, _____

Unterschrift _____

