

Einwilligung zur Schutzimpfung

Bitte beantworten Sie die Fragen vor der Impfung. Wenn etwas unklar ist, sprechen Sie uns gern an.

Angaben

Name, Vorname, Geburtsdatum

Impfung gegen

Fragen vor der Impfung (bitte ja oder nein)

Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber oder eine akute Erkrankung?

Haben Sie Allergien – auch gegen frühere Impfungen?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente oder haben Sie eine Gerinnungsstörung?

Sind Sie schwanger?

Einwilligung

Ich wurde über Nutzen und mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt und willige ein.

Datum, Unterschrift
