Datum

Name, Vorname, Geburtsdatum,

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

**Einwilligungserklärung zur Impfung**

Wir führen in unserer Praxis alle von der Ständigen Impfkommission empfohlen Impfungen durch.

Für Personen vor dem 60.Lebensjahr stehen folgende Impfungen zur Verfügung:

* Tetanus-Diphtherie bzw. Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten (Auffrischung aller 10 Jahre)
* Frühsommer Meningoenzephalitis (FSME) ( bei Aufenthalten in FSME- Risikogebieten)
* Masern (bei bisher fehlendem oder unvollständigem Impfschutz)
* Polio (bei bisher fehlendem oder unvollständigem Impfschutz)
* Hepatitis A und/ oder B (bei bestimmten Tätigkeiten)
* Grippe (jährlich, unter bestimmten Voraussetzungen)
* Reiseimpfungen wie Hepatitis A und B, Typhus, Tollwut, Japanische Enzephalitis, Meningokokken

Für Personen nach dem 60.Lebensjahr stehen folgende Impfungen zur Verfügung:

* Pneumokokken (Auffrischung aller 6 Jahre)
* Gürtelrose (2 Impfungen im Abstand von 2 Monaten, bisher keine Auffrischung)
* Grippe (jährlich)

Vor jeder Impfung erfolgt ein individuelles Aufklärungsgespräch über mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen der durchzuführenden Impfung sowie zur Ermittlung bekannter Allergien, allergischen Reaktionen nach früheren Impfungen oder akuter Erkrankungen.

Die oben genannten Impfungen bieten einen wirksamen Schutz gegen die entsprechenden Infektionen.

Das schriftliche Einverständnis für die COVID-19-Schutzimpfung erfolgt auf einer gesonderten Einwilligungserklärung.

Die oben genannte Patientin/ der oben genannte Patient bzw. die/ der Sorgeberechtigte erklärt sich mit der Durchführung der entsprechenden Schutzimpfung in Verbindung mit einem ärztlichen Aufklärungsgespräch einverstanden. Das Einverständnis beginnt mit dem heutigen Datum und kann jederzeit mündlich widerrufen werden.

……………………………………………………………………………………………

Ort, Datum

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. der/ des Sorgeberechtigten