

**Einverständniserklärung**

Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Tätigkeit als: \_\_\_\_\_ Einsatzbereich: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

1. Sind Sie schwanger? ja  nein 2. Fühlen Sie sich zurzeit krank? ja  nein 3. Bestehen Allergien? ja  nein 

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf? ja  nein 5. Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Krankheitszeichen? ja  nein 6. Leiden oder litten Sie an ernsthaften oder chronischen  
Erkrankungen? ja  nein 7. Nehmen Sie Medikamente ein? ja  nein 

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

8. Sind Sie in den letzten Wochen geimpft worden? ja  nein 9. Haben Sie eine Hühnereiweiß-Allergie? ja  nein 

10. Im Falle einer Covid-19-Impfung:

Wann war Ihre letzte Covid-19-Erkrankung: Datum:  Ich bin heute anhand eines Merkblattes über die Schutzimpfung aufgeklärt worden und habe die Möglichkeit mich ergänzend durch den Impfarzt/-ärztin informieren zu lassen. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige in die vorgeschlagene Schutzimpfung ein. Hepatitis A/Hepatitis B Cholera Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Poliomyelitis Gelbfieber Masern/Mumps/Röteln Japanische Enzephalitis Varizellen (Windpocken) Tollwut Influenza (Grippe) Typhus Meningokokken FSME Pneumokokken Covid-19**Nach Masern-, Mumps-, Röteln- und Varizellenimpfung ist für die Dauer von mindestens einen Monat nach der Impfung eine Schwangerschaft zu vermeiden.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_