

Mr/Mrs/Ms (Herr, Frau)

Namensetikett
oder
Angabe der Personalien

Before the vaccination is administered, we request the following additional information:

Vor Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten:

1. Does the person to be vaccinated have an immunodeficiency (congenital, acquired or caused by medication)? *(Besteht bei dem Impfling eine Immundefizienz (erworben, angeboren, durch Medikamente bedingt?)*
 Yes *(Ja)* No *(Nein)*

2. Did the person to be vaccinated receive immunoglobulin (gamma globulin) or a blood transfusion in the last 3 months? *(Hat der Impfling in den vergangenen drei Monaten Immunglobulin (Gammaglobulin) erhalten oder wurde eine Bluttransfusion vorgenommen?)*
 Yes *(Ja)* No *(Nein)*

3. Has the person to be vaccinated received another vaccination in the last four weeks, or is there a vaccination against other illnesses planned in the next four weeks? *(Wurde bei dem Impfling in den vergangenen vier Wochen eine Schutzimpfung durchgeführt oder ist in den kommenden vier Wochen eine Schutzimpfung gegen andere Erkrankungen geplant?)*
 Yes *(Ja)* No *(Nein)* *wenn ja, welche und wann?*
 If yes, which ones and when? _____

4. Does the patient have any known allergies? *Ist bei dem Patienten eine Allergie bekannt?*
 Yes *(Ja)* No *(Nein)* *wenn ja, welche?*
 If yes, which ones? _____

5. Did the vaccinee experience allergic reactions, high fever, or other unusual reactions after a previous vaccination? *Traten bei dem Impfling nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?*
 Yes *(Ja)* No *(Nein)*

6. Has vaccinee experienced a disease of the nervous system, or does a seizure disorder exist? *Hat der Impfling eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden?*
 Yes *(Ja)* No *(Nein)*

7. For vaccinations of women of child-bearing age: are you currently pregnant? *Bei Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?*
 Yes *(Ja)* No *(Nein)*

If you would like to know more about the vaccination, please ask the vaccinating physician! *Falls Sie noch mehr über die Schutzimpfung wissen wollen, fragen Sie den Impfarzt!*



Declaration of consent

Einverständniserklärung

I have read the information leaflet about the vaccination, and have been made aware of the option of receiving further information during the consultation with the vaccinating physician
Ich habe das Merkblatt über die Schutzimpfung gelesen und bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend im Gespräch mit dem Impfarzt informieren zu lassen.

I have no further questions.
Ich habe keine weiteren Fragen.

I give my consent to the recommended vaccination against
Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.

Measles (Masern)

Lockjaw (Tetanus)

Mumps (Mumps)

Diphtheria (Diphtherie)

Rubella (Röteln)

Polio (Polio)

Chickenpox (Windpocken)

Whooping cough (Pertussis)

Hib (Hib)

Hepatitis B (Hepatitis B)

I decline the vaccination. I have been informed about the possible disadvantages of declining this vaccination.

Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung wurde ich informiert.

Notes: *Vermerke*

Place and date: *Ort, Datum* _____

Signature of person to be vaccinated
 or his/her legal guardian

Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten

Doctor's signature

Unterschrift des Arztes/der Ärztin



Datum	
Impflokale	
Begleitung	
Temp. (°C)	
Cor / Pulmo	
Rachen / Ohren	
Haut / Exantheme	

Impfheft vorgelegt								Ja	Nein
Te	Di	Po	Pe	Hi	Hb				
Ma	Mu	Ro	Va	Pn	Mn	Rv			
Anzahl dokumentierter Impfungen eintragen									
Hinweis auf TBC?									
Anamnese				Ja	Röntgenschein			Ja	
Klinisch				Ja	Vormerken TT			Ja	

Impfstoff			Impfstoff		
	OA	re		OA	re
	OS	li		OS	li