

Laufzettel / Checkliste Impfung, Datum _____

Name: _____ Vorname: _____

Geboren am _____

Evtl Herkunftsland:

MMR

Influenza nasal

Varizellen

Influenza Injektion

Sonstige:

Ärztliche Aufklärung durch: _____

Über Vor-Und Nachteile, evtl. Nebenwirkungen aufgeklärt

erfolgt, Einverständnis erteilt

Aufklärungsbogen RKI in entsprechender Fremdsprache gezeigt, auf Wunsch ausgehändigt

Impfstation Nr. _____

Impfpass ausgestellt, ausgehändigt

Namen, Daten und Chargennummer in Liste für das Gesundheitsamt eingetragen

