



Bitte die Einwilligung zum Impftermin ausgefüllt mitbringen

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Stefan Rimoldi

Facharzt für Allgemein- u. Sportmedizin / Chirotherapie / Diabetologie

Dr. med. Eva Frenschkowski

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Uta Persdorf

Fachärztin für Innere Medizin (*angestellte Ärztin*)

An der Graswiese 19, 55413 Weiler

Tel.: 06721-35450 / Fax: 06721 992741

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Einwilligungserklärung zur Impfung

Erklärung des Patienten:

Ich wurde über die gewünschte(n) / genannte(n) Impfung(en) entsprechend aufgeklärt:

- über die zu verhütende(n) Krankheit(en) und über den Nutzen der Impfung
- Hinweis auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen
- Erheben der Anamnese, Impfanamnese und aktuelle Befindlichkeit
- Empfehlung über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung(en)
- über Beginn und Dauer der Schutzwirkung und ggf. Auffrischimpfungen

Ich hatte Gelegenheit, eventuelle Unklarheiten im Gespräch mit o.g. Ärztin/Arzt zu klären, sowie weiterführende Informationen zu erhalten und habe keine weiteren Fragen.

Ich bin mit der Durchführung der genannten Impfung(en) **einverstanden**.

JA

NEIN

Anmerkungen:

Weiler, den _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Wird vom Praxisteam ausgefüllt! Folgende Impfung (**bitte nur diese ankreuzen**) wird **heute** durchgeführt:

Tetanus

Diphtherie

Pertussis

Polio

Hepatitis A

Hepatitis B

Hepatitis A+B

COVID

Pneumokokken

Herpes Zoster

FSME

Influenza / GRIPPE

Masern-Mumps-Röteln

RSV

sonstiges: _____