

Name: _____

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Diplom-Sportlehrer Klaus Gerlach

Arzt für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Manuelle Therapie

Dr. med. Stefan Rimoldi

Arzt für Allgemeinmedizin – Sportmedizin – Chirotherapie – Diabetologie

Dr. med. Uta Persdorf

Innere Medizin – angestellte Ärztin

An der Graswiese 19

55413 Weiler

Tel.: 06721-35450



Einwilligungserklärung zur GRIPPE Impfung 2024/2025

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 GRIPPE Impfung 2024/2025 **einverstanden**.

JA

NEIN

Anmerkungen:

Weiler, den _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient