



**DR. MED. KERSTINE EHRlich**

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Ärztliche Psychotherapie (TP)

Gutzkowstraße 9  
60594 Frankfurt am Main

Telefon 069 - 69 59 59 74

### Einverständniserklärung zur Impfung

Ich bin über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Krankheit(en) bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfung(en) gegen diese Krankheiten informiert. Ich bin über Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) aufgeklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen und über mögliche Impfreaktionen und Impfkomplicationen. Ich wurde über die Art und Weise der Durchführung der Impfung, über die Art des Impfstoffes und über Beginn und Dauer des Impfschutzes informiert sowie darüber, wie ich mich nach der Impfung verhalten soll.

#### **Allgemein empfohlene Standardimpfungen:**

- Tetanus/Diphtherie
- Tetanus/Diphtherie/Pertussis (Keuchhusten)
- Tetanus/Diphtherie/Polio
- Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Polio
- Masern/Mumps/Röteln
- Varizellen (Windpocken)
- Herpes Zoster (Gürtelrose) ab 60. Lbj.
- HPV (Gebärmutterhals) bis 18. Lbj.
- Pneumokokken (Prevenar 13)
- Pneumokokken (Pneumovac) ab 60. Lbj.
- Grippe
- FSME (Zecken)

#### **Reiseimpfungen**

- Japan – Enzephalitis
- Meningokokken ACWY
- Meningokokken B
- Hepatitis B
- Hepatitis A + B
- Hepatitis A
- Hepatitis A + Typhus
- Tollwut
- Typhus

Ich willige in die oben gekennzeichneten Impfungen ein.

Ich lehne die Impfungen, die vorstehend gekennzeichnet sind, ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfungen wurde ich informiert.

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

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_