

#



**DR. MED. KERSTINEHRLICH**  
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.

### Reiseimpfungen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Meningokokken ACWY ( <i>Nimenrix</i> ) | 1x   |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken B ( <i>Bexsero</i> )     | 2x 0/30Tage  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B ( <i>Engerix B</i> )       | <input type="checkbox"/> Grundimmunisierung 0/4 Wo./6 Mon.<br><input type="checkbox"/> Auffr. 1x (HBV-AK < 100)  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A + B ( <i>Twinrix</i> )     | <input type="checkbox"/> Grundimmunisierung 0/4 Wo./6 Mon.<br><input type="checkbox"/> Auffr. 1x (HBV-AK < 100)  |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A ( <i>Havrix 1440</i> )     | <input type="checkbox"/> Grundimmunisierung 0/6 Mon.   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A + Typhus ( <i>Viatim</i> ) | <input type="checkbox"/> 1x (Hep A als Auffr.)<br><input type="checkbox"/> 2. Hep. A als Havrix in 6 Mon.  |
| <input type="checkbox"/> Tollwut ( <i>Rabipur</i> )             | <input type="checkbox"/> Grundimmunisierung 0-7-21/28 Tage<br><input type="checkbox"/> Schnellschema 0-3-7 Tage<br><input type="checkbox"/> 1 x Auffrischung |
| <input type="checkbox"/> Typhus ( <i>Typhim Vi, Typhoral</i> )  | <input type="checkbox"/> 1x (Gültigkeit 2 Jahre)   |
| <input type="checkbox"/> Dengue ( <i>Qdenga</i> )               | <input type="checkbox"/> 2x 0/3 Monate (Achtung ! s.c. - Injektion)<br>Eine gesonderte Aufklärung wurde ausgehändigt!  |

Ich willige in die oben gekennzeichneten Impfungen ein. Die Einwilligung ist befristet längstens für den Zeitraum von 6 Monaten.

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

Datum, Unterschrift

---