



**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 für Patient/in:**

---

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.

**Bei weiblichen Patientinnen:** eine mögliche Schwangerschaft wurde angezeigt.

### **Impfempfehlung nach STIKO:**

- Tetanus/Diphtherie (**Td-Pur**)
- Tetanus/Diphtherie/Pertussis (Keuchhusten) (**Covaxis**)
- Tetanus/Diphtherie/Polio (**Revaxis**)
- Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Polio (**Repevax**)       Auffr. 1 x alle 10 J.
- Masern/Mumps/Röteln (**MMR-Vax**)       1x bei unvollst. Impfschutz  
 2x i.A. von 4 Wochen
- Varizellen (Windpocken) (**Varilrix**)       2x i.A. von 4 Wochen
- FSME (Zecken)       Auffrischung alle 3-5 J.  
 Grundimmunisierung 0/4Wo./ 9-12 Monate
- HPV (GKV bis 18. Lbj) (**Gardasil**)       bis 14. Lbj.: 2 x 0/6Mon  
 14.-18. Lbj.: 3x 0/2/6 Mon.

### **Ab 60. Lbj.**

- Herpes Zoster (Gürtelrose) ab 60. Lbj (**Shingrix**)      2x 0/2-6 Mon.
- Pneumokokken (**Prevenar 20**) ab 60. Lbj.      1x
- Grippe      jährlich

### **Ab 75. Lbj.**

- RSV (**Arexvy**)      1x

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

Datum, Unterschrift:

---