

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur SCHUTZIMPfung
GEGEN DIPHTHERIE, TETANUS, KEUCHHUSTEN UND KINDERLÄHMUNG
mit Repevax®**

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE NACHSTEHENDEN FRAGEN (Zutreffendes bitte ankreuzen)	ja	nein
Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung schwerwiegende Beschwerden oder Nebenwirkungen , außer leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind derzeit oder in den letzten 2 Wochen Fieber ? Leidet Ihr Kind derzeit an Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welche?..... Falls Ihr Kind derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe erhält: Wann war die letzte Verabreichung?..... Wann ist die nächste Verabreichung geplant?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihrem Kind eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/ Immunerkrankung vor? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommt Ihr Kind derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer schweren oder chronischen Erkrankung (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung)? Wenn ja, an welcher?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musste Ihr Kind sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. einer Operation) unterziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind an einer chronisch entzündlichen Erkrankung des Gehirns oder des Rückenmarks ?..... Hatte Ihr Kind je epileptische Anfälle ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? Wenn ja, wann?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern eine Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!-----
Schule des Kindes-----
Klasse des Kindes-----
Familiename des Kindes-----
Vorname des Kindes-----
Adresse-----
Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum des Kindes: XXXX Tag/Monat/Jahr-----
Name der*des Erziehungsberechtigten-----
Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum der*des Erziehungsberechtigten: XXXX Tag/Monat/Jahr

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt und die Gebrauchsinformation zum obengenannten Impfstoff (Repevax®) sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde dort über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Gegenanzeigen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Ich hatte Gelegenheit während der Dienststunden des Schulärztlichen Dienstes offene Fragen mit der*dem Ärzt*in zu besprechen, bin aber über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein persönliches Gespräch.

Ich stimme der Übermittlung der Daten an den Gesundheitsdienst zu, damit dieser eine anonymisierte Statistik für das BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) erstellen kann.

Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden.

Datum-----
Unterschrift der*des Erziehungsberechtigten**HINWEIS:**

Wenn Sie die Möglichkeit eines persönlichen Gespräches mit der*dem Ärzt*in während der Dienststunden des Schulärztlichen Dienstes in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, diese Einverständniserklärung erst nach dem erfolgten Aufklärungsgespräch zu unterfertigen und der*dem Schulärzt*in persönlich auszuhändigen.

Chargennummer:

Ärztliche Anmerkungen:

Datum-----
Stempel und Unterschrift Ärzt*in