

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUR DURCHFÜHRUNG EINER
IMPFUNG GEGEN _____
MIT _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

<p>Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Hat Ihr Kind derzeit oder in den letzten 2 Wochen Fieber? Leidet Ihr Kind derzeit an Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Leidet Ihr Kind an einer Allergie? Wenn ja, an welcher? _____ Falls Ihr Kind derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe erhält: Wann war die letzte Verabreichung? _____ Wann ist die nächste Verabreichung geplant? _____</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Liegt bei Ihrem Kind eine angeborene oder erworbene Immundefizienz/Immunerkrankung vor? Wenn ja, welche? _____</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Cortison, Zytostatika, Medikamente zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche? _____</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Bekommt Ihr Kind derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Leidet Ihr Kind an einer schweren oder chronischen Erkrankung? Wenn ja, an welcher?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Musste Ihr Kind sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. einer Operation) unterziehen?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Leidet Ihr Kind an einer chronisch entzündlichen Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Hatte Ihr Kind je Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja welche und wann? _____</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<p>Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten, Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?</p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Bitte wenden – Danke!
Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen – Danke!

