



Schutzimpfung

Einverständniserklärung für **Kinder / Schülerinnen und Schüler**

Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

Bezirksverwaltungsbehörde

Eingangsstempel

Rückfragen: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. Zutreffendes auswählen.

Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin/dem Impfarzt ersucht.

Bei Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (**Impfausweis, Impfkarte**) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

1. Schutzimpfung

1.1 Schutzimpfung gegen

2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leidet oder litt Ihr Kind in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatte Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen ? (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet Ihr Kind an einer Allergie ? (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente) Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet Ihr Kind an einer schweren oder chronischen Erkrankung ? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle) Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche _____ und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bekommt Ihr Kind derzeit eine Chemotherapie und / oder Bestrahlungstherapie ?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Musste Ihr Kind sich vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sofern eine Schwangerschaft bei der Jugendlichen besteht, bitte ankreuzen!	<input type="radio"/> Ja

