

Fragebogen für eine Impfung gegen eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus

	Körpertemperatur vor dem Gespräch	Grad
Adresse		
Name des Patienten	MW	Geburtsdatum
Name des Elternteils/ Erziehungsberechtigten*		

* Wenn der Patient/die Patientin 16 Jahre oder älter ist, muss die betreffende Stelle nicht ausgefüllt werden.

Fragebogen zur Impfung	Antwort			Kommentar des Arztes/der Ärztin
Haben Sie das Dokument gelesen (das Ihnen vom Gemeindeamt zugeschickt wurde), in dem die heute vorzunehmende Impfung erklärt wird?	Ja	Nein		
Um die wievielte Impfung handelt es sich dieses Mal?	1. Mal	2. Mal	3. Mal	
(Falls es sich um die zweite oder dritte Impfung handelt) Bitte geben Sie den Impfstofftyp, den/die Sie bisher erhalten haben, das Datum der Impfung und Ihr Alter zum Zeitpunkt der Impfung an (Anmerkung 1) Bitte kreisen Sie einen der Impfstofftypen an: ① Cervarix (bivalent), ② Gardasil (quadrivalent), ③ Silgard 9 (nonavalent) und ④ Andere. (Anmerkung 2) Im Falle von ③ Silgard 9 (nonavalent) kann die Impfung auch in insgesamt zwei Dosen erfolgen, wobei die erste Dosis bis zum 14. Lebensjahr und die zweite Dosis in einem Abstand von mindestens fünf Monaten danach verabreicht wird. (Anmerkung 3) Der Elternteil/Erziehungsberechtigte oder Geimpfte bzw. Ärzte werden gebeten, den verabreichten Impfstoff zu bestätigen. Falls diese/r aufgrund fehlender Aufzeichnungen nicht bekannt ist/sind, hat der Arzt den Vermerk „unbekannt“ einzutragen.	1. Mal	/ / (TT/MM/JJ) Jahre alt ① / ② / ③ / ④		
	2. Mal	/ / (TT/MM/JJ) Jahre alt ① / ② / ③ / ④		
Um welchen Impfstofftyp handelt es sich bei der Impfung, die Sie heute erhalten möchten? (Anmerkung) Bitte kreisen Sie einen der Impfstofftypen an: ① Cervarix (bivalent), ② Gardasil (quadrivalent) und ③ Silgard 9 (nonavalent).	① / ② / ③			
Ist der Patient/die Patientin heute krank? Wenn ja, beschreiben Sie das Krankheitsbild genau. ()	Ja	Nein		
Ist der Patient/die Patientin in den letzten Monaten krank gewesen? Name der Krankheit ()	Ja	Nein		
Ist der Patient/die Patientin in den letzten Monaten geimpft worden? Name des Impfstoffs ()	Ja	Nein		
Hat der Patient/die Patientin eine angeborene Störung oder leidet er/sie an einer Erkrankung des Herzens, der Nieren, der Leber, des zentralen Nervensystems, an einem Immundefekt oder einer anderen Krankheit, die von einem Arzt behandelt wurde? Name des Krankheit ()	Ja	Nein		
Wenn ja, ist der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin der Ansicht, dass die heutige Impfung erfolgen sollte?	Ja	Nein		
Sind bei dem Patienten/der Patientin in der Vergangenheit Krämpfe aufgetreten? Wenn ja, in welchem Alter? ()	Ja	Nein		
Wenn Sie die vorangehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben, hatte der Patient/die Patientin zu dem Zeitpunkt auch Fieber?	Ja	Nein		
Hat der Patient/die Patientin jemals einen Ausschlag oder Nesseln (Quaddeln) als Reaktion auf Medikamente oder Lebensmittel gehabt oder ist nach dem Essen bestimmter Lebensmittel oder der Einnahme bestimmter Medikamente krank geworden?	Ja	Nein		
Gibt es in der Familie oder der Verwandtschaft des Patienten/der Patientin eine Person mit einem angeborenen Immundefekt?	Ja	Nein		
Hat der Patient/die Patientin in der Vergangenheit eine schwerwiegende Reaktion auf einen Impfstoff gezeigt? Name des Impfstoffs ()	Ja	Nein		
Gibt es in der Familie oder der Verwandtschaft des Patienten/der Patientin eine Person, die in der Vergangenheit eine schwerwiegende Reaktion auf einen Impfstoff gezeigt hat?	Ja	Nein		
Besteht die Möglichkeit, dass sie schwanger ist (ist die Regelblutung überfällig oder ausgeblieben)? [Anmerkung] Impfungen von schwangeren Frauen müssen äußerst sorgfältig abgewogen werden.	Ja	Nein		
Haben Sie Fragen zur heutigen Impfung?	Ja	Nein		
Kommentar des Arztes/der Ärztin In Anbetracht der obigen Antworten und der Informationen aus dem Patientengespräch bin ich zu der Einschätzung gelangt, dass der Patient/die Patientin heute (geimpft/nicht geimpft) werden kann. Der Patient/die Patientin (bzw. der Elternteil/Erziehungsberechtigte, falls der Patient/die Patientin unter 16 Jahre alt ist) wurde über die Auswirkungen der Impfung, die Nebenwirkungen sowie das Entschädigungssystem im Falle gesundheitlicher Schäden aufgrund der Impfung aufgeklärt. Unterschrift oder Name und Stempel des Arztes/der Ärztin:				

Dieser Fragebogen trägt dazu bei, mögliche Gesundheitsgefahren durch die Impfung auszuschließen. Der Patient/die Patientin wurde vom Arzt/der Ärztin befragt, und der Nutzen, der Zweck und die Risiken (einschließlich schwerwiegender Nebenwirkungen) sowie die Art der Unterstützung, die im Falle des Auftretens von Komplikationen gewährt wird, wurden mir vom Arzt/der Ärztin erklärt. Ich bin der Überzeugung, diese Informationen verstanden zu haben. Ich (stimme zu/stimme nicht zu)*, dass der Patient/die Patientin geimpft wird. Bitte markieren Sie Ihre Wahl mit einem Kreis.

Ich habe die obigen Fragen verstanden und willige ein, dass dieser Fragebogen an das zuständige Gemeindeamt weitergegeben wird.

Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten oder des Patienten/der Patientin: _____
 (* Falls der Patient/die Patientin unter 16 Jahre alt ist, ist die Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten erforderlich)

Name des Impfstoffs	Dosierung	Institut / Name des Arztes/der Ärztin / Impfdatum
Name des Impfstoffs Chargennummer [Anmerkung] Stellen Sie sicher, dass das Haltbarkeitsdatum des Impfstoffs nicht abgelaufen ist.	Intramuskuläre Injektion 0,5 ml	Institut: Name des Arztes/der Ärztin: Impfdatum: / / (TT/MM/JJ)

Fragebogen für Impfungen gegen Infektionen mit dem humanen Papillomavirus (für Kinder ohne Begleitung von Eltern / Erziehungsberechtigten)

Erläuterungen vor der Impfung gegen eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus

○ Für den Elternteil/Erziehungsberechtigten: Bitte lesen Sie dieses Dokument aufmerksam durch.

*** [Für Eltern/Erziehungsberechtigte eines zu impfenden Kindes der Altersstufe ab dem sechsten bis zum zehnten Schuljahr (ausgenommen Personen, die 16 Jahre alt oder älter sind)]**

Musste ein Elternteil/Erziehungsberechtigter das Kind zuvor zur Impfung begleiten, können Kinder ab 13 Jahren (erstes Jahr Sekundarschule bis erstes Jahr Oberstufe (ausgenommen Personen, die 16 Jahre alt oder älter sind)) nun ohne Begleitung eines Elternteils/Erziehungsberechtigten zur Impfung gegen eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus erscheinen, sofern ein Elternteil/Erziehungsberechtigter dieses Dokument, mit dem das Einverständnis für die Impfung gegeben wird, gelesen, verstanden und unterzeichnet hat.

(Sorgen Sie dafür, dass das Kind die Einverständniserklärung am Tag der Impfung mitbringt.)

Bevor Sie den Fragebogen zum Impfprogramm unterzeichnen, sollten Sie sich bei Fragen zur Impfung an Ihren Hausarzt, eine Gesundheitsfürsorgeeinrichtung oder das für die Impfung zuständige Amt wenden, damit Sie den Nutzen und die Risiken der Impfung genau verstehen, bevor Sie eine Entscheidung fällen.

1 Symptome einer Infektion mit dem humanen Papillomavirus (HPV)

Das humane Papillomavirus, das Haut und Schleimhaut befallen kann, wird in mehr als 100 Arten unterteilt. Viren, welche die Schleimhaut infizieren, dringen im Allgemeinen durch von Geschlechtsverkehr verursachte kleine Wunden an der Schleimhaut in die genitale Schleimhaut ein. Schätzungsweise werden über 50% der Frauen im Ausland, die Geschlechtsverkehr hatten, mindestens einmal in ihrem Leben durch diese Viren infiziert.

Mindestens 15 Arten von HPV, welche die Schleimhaut befallen, werden im Gebärmutterhalskrebs erkannt und als Hochrisiko-HPV eingestuft. Die beiden besonders risikoreichen HPV-Typen 16 und 18 werden häufig erkannt, und Untersuchungen weisen darauf hin, dass diese beiden Virenarten in über 70% der Fälle im Ausland an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs beteiligt sind. Neben Gebärmutterhalskrebs wird vermutet, dass diese beiden Virenarten auch an mindestens 90% von Analkarzinomen und 40% an Krebs der Vagina, Vulva und des Penis im Ausland beteiligt sind. Nicht in die Hochrisikoklasse eingestufte Viren verursachen nachweislich Condyloma acuminata, gutartige Genitalwarzen.

2 Nutzen und Nebenwirkungen der Impfung

Der Impfstoff enthält Virusbestandteile verschiedener Arten des humanen Papillomavirus (HPVs), und geimpfte Kinder erwerben Immunität gegen diese Viren. Ein immunes Kind ist vor Erkrankungen durch HPV geschützt.

Die Impfung kann leichte Nebenwirkungen verursachen, und in sehr seltenen Fällen auch schwerwiegende Nebenwirkungen. Die folgenden Reaktionen auf die Impfung wurden beobachtet.

Hauptnebenwirkungen des HPV-Impfstoffs

Zu den Hauptnebenwirkungen zählen Fieber und lokale Reaktionen (Schmerzen, Rötungen und Schwellungen). Mitunter kann die Impfung aufgrund von Schmerzen Ohnmachtsanfälle und durch die Injektion hervorgerufene psychogene Reaktionen verursachen. Um durch Ohnmachtsanfälle verursachte Stürze zu vermeiden, sollten sich Kinder nach der Impfung auf ein Sofa setzen und etwa 30 Minuten lang unter Beobachtung bleiben.

In seltenen Fällen wird von schwerwiegenden Nebenwirkungen berichtet, darunter anaphylaktische Reaktionen (auch Schock, Nesselsucht und Atembeschwerden), Guillain-Barré -Syndrom, thrombozytopenische Purpura (Blutungen in der Haut, von der Nase und den Mundschleimhäuten) und akute disseminierte Enzephalomyelitis (ADEM).

* Für nähere Informationen bitten wir Sie, auf der Homepage der betreffenden Kommune oder im individuell zugesandten Informationshandzettel nachzusehen.

3 Systeme zur Unterstützung von Personen, bei denen es im Zusammenhang mit der Impfung zu Gesundheitsschäden kommt

○ Eine Person, bei der durch eine Routineimpfung Gesundheitsschäden auftreten, die medizinisch behandelt werden müssen, und deren Fähigkeit zur Ausübung normaler täglicher Aktivitäten aufgrund der Gesundheitsschäden beeinträchtigt ist, kann gemäß dem Präventivimpfungsgesetz (Preventive Vaccination Law) von der Regierung entschädigt werden.

○ Die Entschädigung sieht die Erstattung von Ausgaben für medizinische Produkte und Leistungen, die Zahlung einer Jahresrente für behinderte Kinder, einer Invaliditätsrente, einer Pauschalsumme im Todesfall und der Beerdigungskosten vor. Die Höhe der Zahlungen wird gemäß den gesetzlichen Bestimmungen je nach Schwere der Gesundheitsschäden festgesetzt. Die entsprechende Entschädigung wird gemäß den gesetzlichen Regelungen ausgezahlt. Alle Entschädigungen werden, mit Ausnahme der Pauschalsumme im Todesfall und der Beerdigungskosten, fortlaufend gezahlt, bis die Therapie beendet oder die Genesung erfolgt ist.

○ Die Entschädigung wird dem Patienten ausgezahlt, nachdem durch das Prüfungskomitee der zuständigen Regierungsstelle bestätigt wurde, dass der betreffende Gesundheitsschaden auf die Impfung zurückzuführen ist. Dieses Komitee setzt sich aus Experten für Impfungen, Infektionskrankheiten, Recht und anderen relevanten Fachgebieten zusammen, die den kausalen Zusammenhang zwischen dem betreffenden Gesundheitsschaden und der Impfung prüfen, das heißt, ob der Gesundheitsschaden durch die Impfung oder andere Faktoren hervorgerufen wurde (Infektion vor oder nach Impfung oder andere Ursachen).

* Wenn Sie der Ansicht sind, eine Entschädigung beantragen zu müssen, sprechen Sie mit dem Arzt/der Ärztin, der/die das Gespräch mit Ihrem Kind vor der Impfung geführt hat, der Gesundheitsfürsorgeeinrichtung oder dem für die Impfung zuständigen Amt.

4 Hinweise zur Impfung

Im Allgemeinen dürfen nur Kinder geimpft werden, die in guter gesundheitlicher Verfassung sind. Wenn ihr Kind krank ist, fragen Sie Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin, ob Ihr Kind geimpft werden sollte.

Wenn Ihr Kind eines der folgenden Symptome zeigt, kann es nicht geimpft werden.

- 1) Fieber (37,5°C oder höher)
 - 2) Schwere akute Erkrankung
 - 3) Eine bekannte anaphylaktische Reaktion auf einen Inhaltsstoff des Impfstoffs
 - 4) Sonstige Zustände, weshalb ein Arzt von der Impfung abrät
- Wenn Ihr Kind schwanger ist, sollte es nicht geimpft werden.

o Für den Elternteil/Erziehungsberechtigten: Bitte lesen Sie die folgenden Informationen aufmerksam durch.

Entscheiden Sie bitte, ob Ihr Kind geimpft werden soll, nachdem Sie obenstehende Informationen sorgfältig gelesen und vollständig verstanden haben. Wenn Sie sich für die Impfung entscheiden, unterschreiben Sie auf der Zeile für den Elternteil/Erziehungsberechtigten in diesem Abschnitt. **Falls Ihr Kind unter 16 Jahre ist, kann es ohne Ihre Unterschrift nicht zur Impfung zugelassen werden.**

Wenn Ihr Kind nicht geimpft werden soll, brauchen Sie nicht zu unterschreiben.

Ich habe die Erläuterungen zur Impfung gegen Infektionen mit dem humanen Papillomavirus gelesen und verstehe die Vorteile und Risiken im Hinblick auf ernste Nebenwirkungen von Impfungen sowie das Verfahren zur Unterstützung von Personen, bei denen es im Zusammenhang mit der Impfung zu Gesundheitsschäden kam. Unter Einbeziehung dieser Risiken erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Kind geimpft wird.

Ich habe verstanden, dass dieses Dokument Eltern und Erziehungsberechtigten helfen soll, wichtige Aspekte der Impfung genau zu verstehen, und erkläre mich damit einverstanden, dass dieses Formular an das zuständige Gemeindeamt übergeben wird.

Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten: _____

Adresse: _____

Notfall-Rufnummer: _____

* Dieses Formular ist für die Impfung gegen eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus notwendig, wenn sich ein Kind nicht in Begleitung eines Elternteils/Erziehungsberechtigten befindet. Sorgen Sie dafür, dass Ihr Kind, falls es unter 16 Jahre alt ist, dieses Formular mitbringt, wenn es ohne Begleitung zur Impfung kommt.

Falls Ihr Kind unter 16 Jahre ist, kann es ohne Formular, welches von Ihnen unterschrieben wurde, nicht zur Impfung zugelassen werden.

Fragebogen Impfprogramm

		Körpertemperatur vor dem Gespräch		Grad
Adresse				
Name des Kindes	MW	Geburtsdatum	Geboren am Alter (/ / Jahre	(TT/MM/JJ) Monate)

Fragebogen zur Impfung	Antwort			Kommentar des Arztes/der Ärztin
Haben Sie die von Ihrer Gemeinde verteilte Anleitung zur Impfung gelesen, die Sie heute erhalten werden?	Ja	Nein		
Um die wievielte Impfung handelt es sich dieses Mal?	1. Mal	2. Mal	3. Mal	
(Falls es sich um die zweite oder dritte Impfung handelt) Bitte geben Sie den Impfstofftyp, den/die Sie bisher erhalten haben, das Datum der Impfung und Ihr Alter zum Zeitpunkt der Impfung an (Anmerkung 1) Bitte kreisen Sie einen der Impfstofftypen an: ① Cervarix (bivalent), ② Gardasil (quadrivalent), ③ Silgard 9 (nonavalent) und ④ Andere. (Anmerkung 2) Im Falle von ③ Silgard 9 (nonavalent) kann die Impfung auch in insgesamt zwei Dosen erfolgen, wobei die erste Dosis bis zum 14. Lebensjahr und die zweite Dosis in einem Abstand von mindestens fünf Monaten danach verabreicht wird. (Anmerkung 3) Der Elternteil/Erziehungsberechtigte oder Geimpfte bzw. Ärzte werden gebeten, den verabreichten Impfstoff zu bestätigen. Falls diese/r aufgrund fehlender Aufzeichnungen nicht bekannt ist/sind, hat der Arzt den Vermerk „unbekannt“ einzutragen.	1. Mal	/ / (TT/MM/JJ) Jahre alt		
		① / ② / ③ / ④		
	2. Mal	/ / (TT/MM/JJ) Jahre alt		
		① / ② / ③ / ④		
Um welchen Impfstofftyp handelt es sich bei der Impfung, die Sie heute erhalten möchten? (Anmerkung) Bitte kreisen Sie einen der Impfstofftypen an: ① Cervarix (bivalent), ② Gardasil (quadrivalent) und ③ Silgard 9 (nonavalent).	① / ② / ③			
Ist das Kind heute krank? Wenn ja, beschreiben Sie das Krankheitsbild. ()	Ja	Nein		
Ist das Kind in den letzten Monaten krank gewesen? Name der Krankheit ()	Ja	Nein		
Ist das Kind in den letzten Monaten geimpft worden? Name des Impfstoffs ()	Ja	Nein		
Hat das Kind eine angeborene Störung oder leidet es an einer Erkrankung des Herzens, der Nieren, der Leber, des zentralen Nervensystems, an einem Immundefekt oder einer anderen Krankheit, die von einem Arzt behandelt wurde? Name der Krankheit ()	Ja	Nein		
Wenn ja, ist der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin der Ansicht, dass die heutige Impfung erfolgen sollte?	Ja	Nein		
Sind bei dem Kind in der Vergangenheit Krämpfe aufgetreten? Wenn ja, in welchem Alter? ()	Ja	Nein		
Wenn Sie die vorangehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben, hatte das Kind zu dem Zeitpunkt auch Fieber?	Ja	Nein		
Hat das Kind jemals einen Ausschlag oder Nesseln (Quaddeln) als Reaktion auf Medikamente oder Lebensmittel gehabt oder ist es nach dem Essen bestimmter Lebensmittel oder der Einnahme bestimmter Medikamente krank geworden?	Ja	Nein		
Gibt es in der Familie oder der Verwandtschaft des Kindes eine Person mit einem angeborenen Immundefekt?	Ja	Nein		
Hat das Kind in der Vergangenheit eine schwerwiegende Reaktion auf einen Impfstoff gezeigt? Name des Impfstoffs ()	Ja	Nein		
Gibt es in der Familie oder der Verwandtschaft des Kindes eine Person, die in der Vergangenheit eine schwerwiegende Reaktion auf einen Impfstoff gezeigt hat?	Ja	Nein		
Besteht die Möglichkeit, dass sie schwanger ist (ist die Regelblutung überfällig oder ausgeblieben)? [Anmerkung] Impfungen von schwangeren Frauen müssen äußerst sorgfältig abgewogen werden.	Ja	Nein		
Dieser Fragebogen trägt dazu bei, mögliche Gesundheitsgefahren durch die Impfung auszuschließen. Sind Sie unter Berücksichtigung vergangener Erkrankungen und des aktuellen Gesundheitszustands mit der Impfung Ihres Kindes einverstanden? Sind Sie unter Berücksichtigung vergangener Erkrankungen und des aktuellen Gesundheitszustands mit der Impfung Ihres Kindes einverstanden? Ich (bin/bin nicht)* damit einverstanden, dass mein Kind geimpft wird. *Bitte markieren Sie Ihre Wahl mit einem Kreis. Ich habe die obigen Fragen verstanden und willige ein, dass dieser Fragebogen an das zuständige Gemeindeamt weitergegeben wird.				
Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten:				

Kommentar des Arztes/der Ärztin In Anbetracht der obigen Antworten und der Informationen aus dem Patientengespräch bin ich zu der Einschätzung gelangt, dass der Patient/die Patientin heute (geimpft/nicht geimpft) werden kann. Ich habe dem Patienten/der Patientin den Nutzen und die Nebenwirkungen der Impfung sowie die Hilfsprogramme für Personen, die gesundheitliche Schäden im Zusammenhang mit der Impfung erlitten haben, erklärt.
Unterschrift oder Name und Stempel des Arztes/der Ärztin:

Name des Impfstoffs	Dosierung	Institut / Name des Arztes/der Ärztin / Impfdatum
Name des Impfstoffs Chargennummer [Anmerkung] Stellen Sie sicher, dass das Haltbarkeitsdatum des Impfstoffs nicht abgelaufen ist.	Intramuskuläre Injektion 0,5 ml	Institut: Name des Arztes/der Ärztin: Impfdatum: / / (TT/MM/JJ)

Hepatitis-B-Impfprogramm-Fragebogen

	Körpertemperatur vor dem Gespräch	Grad
Adresse		
Name des Kindes	MW	Geburtsdatum
Name des Elternteils/ Erziehungsberechtigten		

Fragebogen zur Impfung	Antwort		Kommentar des Arztes/der Ärztin
Haben Sie das Dokument gelesen (das Ihnen vom Gemeindeamt zugeschickt wurde), in dem die heute vorzunehmende Impfung erklärt wird?	Ja	Nein	
Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zum Kind.			
Gewicht bei Geburt () g	Ja	Nein	
Wurden bei dem Kind bei der Geburt Auffälligkeiten diagnostiziert?	Ja	Nein	
Wurden bei dem Kind nach der Geburt Auffälligkeiten diagnostiziert?	Ja	Nein	
Wurden bei dem Kind bei einer Vorsorgeuntersuchung Auffälligkeiten diagnostiziert?	Ja	Nein	
Ist das Kind heute krank? Wenn ja, beschreiben Sie das Krankheitsbild. ()	Ja	Nein	
Ist das Kind in den letzten Monaten krank gewesen? Name der Krankheit ()	Ja	Nein	
Ist ein Familienangehöriger oder ein Kind aus dem Freundeskreis des Kindes in den letzten Monaten an Masern, Röteln, Windpocken oder Mumps erkrankt? Name der Krankheit ()	Ja	Nein	
Ist das Kind in den letzten Monaten geimpft worden? Name des Impfstoffs ()	Ja	Nein	
Hat das Kind eine angeborene Störung oder leidet es an einer Erkrankung des Herzens, der Nieren, der Leber, des zentralen Nervensystems, an einem Immundefekt oder einer anderen Krankheit, die von einem Arzt behandelt wurde? Name der Krankheit ()	Ja	Nein	
Wenn ja, ist der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin der Ansicht, dass die heutige Impfung erfolgen sollte?	Ja	Nein	
Sind bei dem Kind in der Vergangenheit Krämpfe aufgetreten? Wenn ja, in welchem Alter? ()	Ja	Nein	
Wenn Sie die vorangehende Frage mit „Ja“ beantwortet haben, hatte das Kind zu dem Zeitpunkt auch Fieber?	Ja	Nein	
Hat das Kind jemals einen Ausschlag oder Nesseln (Quaddeln) als Reaktion auf Medikamente oder Lebensmittel gehabt oder ist es nach dem Essen bestimmter Lebensmittel oder der Einnahme bestimmter Medikamente krank geworden?	Ja	Nein	
Hat das Kind eine Latexallergie*?	Ja	Nein	
Gibt es in der Familie oder der Verwandtschaft des Kindes eine Person mit einem angeborenen Immundefekt?	Ja	Nein	
Hat das Kind in der Vergangenheit eine schwerwiegende Reaktion auf einen Impfstoff gezeigt? Name der Impfstoffs ()	Ja	Nein	
Gibt es in der Familie oder der Verwandtschaft des Kindes eine Person, die in der Vergangenheit eine schwerwiegende Reaktion auf einen Impfstoff gezeigt hat?	Ja	Nein	
Hat das Kind in den letzten 6 Monaten eine Bluttransfusion oder Blutprodukte bekommen oder wurde ihm ein Medikament mit dem Namen Gammaglobulin verabreicht?	Ja	Nein	
Hat das Kind nach der Geburt als Vorbeugung gegen eine Mutter-Kind-Infektion eine Impfung gegen Hepatitis B erhalten?	Ja	Nein	
Haben Sie Fragen zur heutigen Impfung?	Ja	Nein	
Kommentar des Arztes/der Ärztin			
In Anbetracht der obigen Antworten und der Informationen aus dem Patientengespräch bin ich zu der Einschätzung gelangt, dass das Kind heute (geimpft/nicht geimpft) werden kann.			
Ich habe dem Elternteil/Erziehungsberechtigten den Nutzen und die Nebenwirkungen der Impfung sowie die Hilfsprogramme für Personen, die gesundheitliche Schäden im Zusammenhang mit der Impfung erleiden, erklärt.			
Unterschrift oder Name und Stempel des Arztes/der Ärztin:			

Dieser Fragebogen trägt dazu bei, mögliche Gesundheitsgefahren durch die Impfung auszuschließen. Das Kind wurde vom Arzt/der Ärztin befragt, und der Nutzen, der Zweck und die Risiken (einschließlich schwerwiegender Nebenwirkungen) sowie die Art der Unterstützung, die im Falle des Auftretens von Komplikationen gewährt wird, wurden mir vom Arzt/der Ärztin erklärt. Ich bin der Überzeugung, diese Informationen verstanden zu haben. Ich (stimme zu/stimme nicht zu)*, dass mein Kind geimpft wird. *Bitte markieren Sie Ihre Wahl mit einem Kreis. Ich habe die obigen Fragen verstanden und willige ein, dass dieser Fragebogen an das zuständige Gemeindeamt weitergegeben wird.

Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten:

Name des Impfstoffs	Dosierung	Institut / Name des Arztes/der Ärztin / Impfdatum
Name des Impfstoffs Chargennummer [Achtung] Stellen Sie sicher, dass das Haltbarkeitsdatum des Impfstoffs nicht abgelaufen ist.	* (Subkutane Injektion) ml	Institut: Name des Arztes/der Ärztin: Impfdatum: / / (TT/MM/JJ)

[Hinweis] Eine Latexallergie ist eine Soforttyp-Allergie gegenüber Produkten aus Naturkautschuk. Eine Latexallergie wird vermutet, wenn bei der Verwendung von Latexhandschuhen eine allergische Reaktion auftritt. Bitte sagen Sie uns Bescheid, falls das Kind gegen Früchte o. Ä. (Bananen, Kastanien, Kiwis, Avocados, Melonen usw.) allergisch ist, die eine Kreuzallergie auf Latex auslösen können.

