

Einverständniserklärung zur Schutzimpfung gegen Hepatitis B bei

Herrn / Frau

Name, Vorname

Geb.-Datum

Sie erhielten ein Merkblatt über die Schutzimpfung gegen Hepatitis B. Hierin sind die wesentlichen Angaben über die durch die Impfung vermeidbare Krankheit, den Impfstoff, die Impfung sowie über Impfreaktionen und mögliche Komplikationen enthalten.

Vor Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten:

1. Ist die zu impfende Person gegenwärtig gesund?

ja nein

2. Ist bei der zu impfenden Person eine Allergie bekannt?

ja nein

3. Traten bei der zu impfenden Person nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja nein

Falls Sie noch mehr über die Schutzimpfung gegen Hepatitis B wissen wollen, fragen Sie den Arzt, der die Impfung durchführen soll („Impfarzt“).

Zum Impftermin bringen Sie bitte Ihren Impfausweis mit!

Einverständniserklärung zur Durchführung der Schutzimpfung gegen Hepatitis B

Ich habe den Inhalt des Merkblattes zur Kenntnis genommen, und ich bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend durch den „Impfarzt“ informieren zu lassen.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die empfohlene Impfung gegen Hepatitis B ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung wurde ich informiert; berufsgenossenschaftlicher Versicherungsschutz bleibt trotz der Ablehnung der Impfung bestehen.

Vermerke:

Ort, Datum:

Unterschrift der zu impfenden Person bzw.
des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes / der Ärztin