

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Zur Schutzimpfung gegen:

- |                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis A+B | <input type="checkbox"/> Affenpocken / Mpox u.a. |
| <input type="checkbox"/> MMR         | <input type="checkbox"/> Tetanus, Diphtherie, Pertussis | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> Orthopocken             |
| <input type="checkbox"/> Influenza   | <input type="checkbox"/> COVID-19                       | <input type="checkbox"/> Sonstige      |  |

Impfstoff; Chargennummer

Berlin, .....

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Tätigkeit

.....  
Arbeitgeber - Abteilung/Dienststelle

**Hiermit erkläre ich, dass folgende Impfvoraussetzungen gegeben sind:**

1. Ich fühle mich nicht akut erkrankt und habe kein Fieber.
2. Allergien gegen mögliche Bestandteilen von Impfstoffen wie z.B. Eibestandteile (Hühnerproteine, Ovalbumin, bovines Albumin), Streptomycin, Neomycin, Polymyxin B, Formaldehyd / Glutaraldehyd, Octoxinol 9 oder Aluminiumhydroxid bzw. – phosphat liegen bei mir nicht vor bzw. sind mir nicht bekannt. Allergische Reaktionen im Rahmen von Schutzimpfungen sind bisher nicht aufgetreten.
3. Ich nehme keine gerinnungshemmenden Medikamente (z. B. Marcumar) oder das Immunsystem unterdrückende Medikamente ein bzw. habe die Impfärztin / den Impfarzt über eine solche Einnahme informiert.
4. Ich habe keine chronischen Grunderkrankungen bzw. habe die Impfärztin / den Impfarzt bei Vorliegen solcher darüber informiert.
5. Im Falle einer bestehenden oder vermuteten bzw. geplanten Schwangerschaft habe ich die Impfärztin / den Impfarzt darüber informiert.
6. Ich bin über die zu verhütende Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten, den Nutzen der Impfung, die Kontraindikationen, die Durchführung der Impfung, den Beginn und die Dauer des Impfschutzes, mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Impfkomplikationen, das Verhalten nach der Impfung, die Notwendigkeit und die Termine von Folge- und Auffrischimpfungen informiert.

**Bemerkungen:**

7. Die Aufklärung zur Schutzimpfung habe ich verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen an die Impfärztin / den Impfarzt. Ich bestätige ferner, dass ich über meine persönlichen Rechte im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung informiert wurde und stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Schutzimpfung zu. Mit der Durchführung der Impfung bin ich einverstanden.

.....  
Mitarbeiter/-in

.....  
Impfärztin/-arzt