



**Innovation
hat man uns
eingeimpft:
Seit 1898.**



MSD

INVENTING FOR LIFE



www.msconnect.de



www.impfenaktuell.de

Weitere Informationen zu MSD
und unserem Impfstoffportfo-
lio erhalten Sie unter:
www.msconnect.de und
www.impfenaktuell.de

Einverständniserklärung zur Durchführung von Impfungen

Name des Impflings

Geburtsdatum

Mein(e) Arzt/Ärztin hat mich über die nachfolgend gekennzeichnete(n) Impfung(en) informiert. Ich wurde über Art, Nutzen und Risiken dieser Impfung(en) aufgeklärt, mir wurden Fälle, in denen die Impfung(en) nicht erfolgen soll(en), geschildert und auf mögliche Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Ich wurde informiert, welche Hinweise nach der Impfung zu beachten sind.

Durchführung der Impfung gegen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus* | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Humane Papillomviren (HPV) |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie* | <input type="checkbox"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Frühsommer-
Meningoenzephalitis (FSME) |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten)* | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus Influenzae</i>
Typ B (Hib)* | <input type="checkbox"/> Masern, Mumps,
Röteln (MMR)* | <input type="checkbox"/> Andere Impfungen |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung)* | <input type="checkbox"/> Varizellen* (Windpocken) | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B* | <input type="checkbox"/> Influenza (Grippe) | |

*Die STIKO (Ständige Impfkommission) am Robert-Koch-Institut empfiehlt nach Möglichkeit die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen.

- Ich bin von meinem Arzt/meiner Ärztin im Gespräch > und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblatts ausführlich aufgeklärt worden und willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.

- Mein(e) Arzt/Ärztin hat mich darüber informiert, dass zu folgenden Terminen

weitere Impfungen erforderlich sind.

- Ich lehne die Impfung(en) ab, über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Arzt/Praxisstempel
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Ort, Datum:

Unterschrift des Impflings
bzw. des Erziehungsberechtigten



MSD Sharp & Dohme GmbH,
Lindenplatz 1, 85540 Haar, www.msd.de

Sie möchten nachbestellen?
Bitte kontaktieren Sie Ihren
zuständigen MSD-Pharmareferenten.



MSD Sharp & Dohme GmbH
Lindenplatz 1, 85540 Haar, www.msd.de

MSD Infocenter
0800 / 673 673 673
(gebührenfreie Servicenummer)

