

DE-NON-05513



Sie möchten nachbestellen?

Bitte kontaktieren Sie
Ihre:n zuständige:n MSD Pharmareferent:in.

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

MSD Sharp & Dohme GmbH
Levelingstraße 4a, 81673 München, www.msd.de

MSD Infocenter
Tel. 0800 673 673 673 (gebührenfreie Servicenummer)
Fax 0800 673 673 329
E-Mail: infocenter@msd.de



**Weitere Informationen
finden Sie auf: www.msd.de**



Weitere Informationen

zu MSD und unserem Impfstoffportfolio erhalten Sie unter:

www.msconnect.de und
www.impfenaktuell.de



www.msconnect.de



www.impfenaktuell.de

Sie möchten nachbestellen?

Bitte kontaktieren Sie
Ihre:n zuständige:n MSD Pharmareferent:in.

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"/> Rotaviren | <input type="checkbox"/> Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie* | <input type="checkbox"/> Meningokokken B | <input type="checkbox"/> COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Pertussis (Keuchhusten)* | <input type="checkbox"/> Meningokokken C | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster (Gürtelrose) |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus Influenzae Typ B</i> (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) | |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Humane Papillomviren (HPV) | |

*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