



- chirotherapie
- sportmedizin
- akupunktur
- hausärztliche versorgung

**Impfauflklärung und Einverständniserklärung  
Patient ( -in ):**

**FSME ( Zeckenzephalitis )**

FSME-Viren werden durch Zecken in bestimmten Regionen ( z.Bsp. Süddeutschland ) übertragen. Es kommt zu grippeähnlichen Beschwerden, die mit einer Gehirnentzündung einhergehen kann. Diese führt in 1-2% zum Tode. Eine ursächliche Behandlung ist nicht möglich. Zecken können auch andere Erkrankungen übertragen, gegen diese Impfung nicht schützt.

Die Impfung wird von der Ständigen Impfkommision ( STIKO ) und bei Urlaubsreisen empfohlen.

Der Impfstoff besteht aus inaktivierten Erregern. Es sind drei Impfungen für einen Vollschutz von mindestens 3 bis zu 5 Jahren erforderlich. Frühere Impfungen mit Nachweis können angerechnet werden. Sehr selten wird durch die Impfungen kein ausreichender Erkrankungsschutz erzielt.

**Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Risiken der Impfung:**

Sie sollten bei einer akuten oder fieberhaften Erkrankung nicht geimpft werden. Sollten bei früheren Impfungen gesundheitliche Probleme aufgetreten sein, so informieren Sie uns.

Impfkomplikationen und Nebenwirkungen sind insgesamt sehr selten. Es ist eine Entzündungsreaktion an der Injektionsstelle möglich. Ebenso gibt es sehr selten Unverträglichkeitsreaktionen gegen Impfstoffbestandteile, welche örtlich oder im Körper ablaufen können. Hierbei kann es zu Juckreiz und theoretisch auch zu Atemnot oder Kreislaufversagen kommen. Selten kommt es für 1-2 Tage zu Abgeschlagenheit, Temperaturerhöhung oder Muskel- / Gelenkbeschwerden. Am Tage der Impfung sollte man sich schonen ( kein Sport / keine schweren Arbeiten ).

Sie sind frei von Fieber und ernsten Krankheiten?  ja  nein

Ist Ihnen eine Allergie bekannt oder gab es Reaktionen auf Impfungen?  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_  ja  nein

Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung (ggf. auch aufgrund von Medikamenten)  ja  nein

Ich habe keine weiteren Fragen  ja  nein

Ich willige in die Schutzimpfung gegen FSME ein  ja  nein

Ich wurde über mögl.Nachteile einer Ablehnung informiert  ja  nein

Osterholz-Scharmbeck, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_