

- chirotherapie
- sportmedizin
- akupunktur
- hausärztliche versorgung



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

Hepatitis A

Hepatitisviren werden durch verunreinigte Nahrungsmittel (z. Bsp. Salate, Muscheln etc.) in Ländern mit geringerem hygienischen Standard übertragen. Die Ausscheidung erfolgt über den Stuhlgang. Es kommt zu einer Leberentzündung die über mehrere Wochen bestehen bleiben kann. Der Patient ist ansteckend (lokale Epidemien). Eine ursächliche Behandlung ist nicht möglich.

Die Impfung wird v.a. bei Urlaubsreisen empfohlen.

Der Impfstoff besteht aus toten Erregern. Es sind je nach Impfstoff zwei oder drei Impfungen für einen Vollschutz von 10 Jahren erforderlich. Frühere Impfungen mit Nachweis können angerechnet werden. Es gibt Kombinationsimpfstoffe. 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- / Gelenksbeschwerden. 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 Hepatitis A ein ja nein

Ich wurde über mögliche Nachteile einer Ablehnung informiert ja nein

Osterholz-Scharmbeck, den

Unterschrift Arzt

Unterschrift Patient

Bemerkungen: _____