



- chirotherapie
- sportmedizin
- akupunktur
- hausärztliche versorgung

knorrenkamp 2  
 27711 osterholz-scharmbeck  
 fon: 04791 / 96567 44  
 fax: 04791 / 96567 42  
 mail: [doktorkoop@web.de](mailto:doktorkoop@web.de)  
 home: [www.doktorkoop.de](http://www.doktorkoop.de)

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

**Tollwut**

Tollwutviren werden durch erkrankte Tiere ( z.Bsp. Hund/ Katze / Fledermaus ) übertragen. Es kommt zu einer fortschreitenden Wundinfektion. Tödliche Verläufe sind möglich. Eine ursächliche Behandlung ist möglich, kann aber zu spät kommen. Die Impfung wird bei Urlaubsreisen empfohlen. Der Impfstoff besteht aus Teilen des Erregers. Es ist drei Impfungen für einen Grundschutz erforderlich. 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 Tollwut ein  ja  nein

Ich wurde über mögliche Nachteile einer Ablehnung informiert  ja  nein

Osterholz-Scharmbeck, den

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

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

Bemerkungen:

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