



- chirotherapie
- sportmedizin
- akupunktur
- hausärztliche versorgung

**Impfaufklärung und Einverständniserklärung**

**Patient ( -in ):**

Name:  
 geboren am:  
 Straße:  
 Plz/Ort:

**Pneumokokken**

Pneumokokken sind Bakterien und werden durch Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch übertragen. Es kommt zu hohem Fieber, Husten und Atembeschwerden. Tödliche Verläufe ( v.a. bei chronisch Kranken und Älteren > 60 Jahren ) sind möglich. Eine ursächliche frühe Behandlung ist durch Medikamente möglich, kann aber zu spät kommen. Die Impfung schützt nicht gegen Erkältungen und andere Infekte.

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

Der Impfstoff besteht aus Teilen des Erregers. Es ist eine Impfungen für einen Schutz von 6 Jahren 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 Pneumokokken ein  ja  nein

Ich wurde über mögliche Nachteile einer Ablehnung informiert  ja  nein

Osterholz-Scharmbeck,

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

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

Bemerkungen:

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