

- chirotherapie
- sportmedizin
- akupunktur
- hausärztliche versorgung



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

Name:  
 geboren am:  
 Straße:  
 Plz/Ort:

**Poliomyelitis ( Kinderlähmung )**

Polioviren werden durch Ansteckung ( Tröpfcheninfektion ) von Mensch zu Mensch übertragen. Die Erkrankung beginnt wie eine Magen-Darm-Entzündung und führt durch eine Virusvermehrung im Nervensystem in etwa 1% der Fälle ( v.a. bei Erwachsenen ) zu bleibenden Nervenlähmungen. Eine ursächliche Behandlung ist nicht möglich.

Die Impfung wird von der Ständigen Impfkommision ( STIKO ) für Kinder und Jugendliche empfohlen.

Der Impfstoff besteht aus inaktivierten Erregern. Es sind 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?                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Ihnen eine Allergie bekannt oder gab es Reaktionen auf Impfungen?                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie Medikamente ein? _____                                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung (ggf. auch aufgrund von Medikamenten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe keine weiteren Fragen                                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich willige in die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis ein                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich wurde über mögliche Nachteile einer Ablehnung informiert                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Osterholz-Scharmbeck,

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

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

Bemerkungen:

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