

Impfaufklärung und -einwilligung

Hepatitis B (Engerix®)



Mir ist bekannt, dass ich frei in meiner Entscheidung bin an der Impfung teilzunehmen, diesen Bogen auszufüllen und die darin erfragten Informationen freiwillig sind. Mir ist auch bekannt, dass die Impfung und der gesamte Bogen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen

Die Erkrankung:

Das Hepatitis B-Virus (HBV) ist im Blut und anderen Körperflüssigkeiten (z.B. Speichel, Sperma und weibliche Genitalsekrete) infizierter Menschen enthalten und wird durch diese Flüssigkeiten übertragen. Bei Sexualkontakten ist das Risiko besonders hoch, aber auch durch Blutkontakte (z.B. Verletzungen mit benutzten Injektionsnadeln) ist eine Übertragung möglich. In vielen Fällen verläuft die Hepatitis B ohne erkennbare Krankheitssymptome. In der Frühphase kommt es zu grippeähnlichen Symptomen (Fieber, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen), einige Tage später zu einer Störung der Leberfunktion, die sich durch Gelbfärbung der Haut äußern kann. In seltenen Fällen kommt es zu schweren Krankheitsverläufen mit Leberversagen. Meistens heilt die Hepatitis B beim Erwachsenen völlig aus. In 10% der Fälle entwickelt sich eine chronische Verlaufsform, in deren Rahmen sich eine Leberzirrhose oder ein bösartiger Lebertumor entwickeln kann.

Die Impfung

Für die Grundimmunisierung sind insgesamt drei Impfungen erforderlich. Die Impfung, die Sie erhalten, ist sehr gut verträglich. Aus rechtlichen Gründen müssen Sie jedoch vom Arzt vor jeder Impfung über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden:

Als Ausdruck der normalen Auseinandersetzung des Körpers mit dem Impfstoff kommt es häufiger zu lokalen Reaktionen (Schmerzen, Schwellungen, Verhärtungen, Rötung) an der Impfstelle. Außerdem können leichte Allgemeinsymptome wie Kopf- und Gliederschmerzen oder grippeähnliche Symptome mit leichtem Fieber, Mattigkeit, Unwohlsein oder Magen-Darm-Erscheinungen auftreten. Selten kommen Muskel- oder Gelenkschmerzen vor. Üblicherweise treten diese Beschwerden innerhalb der ersten drei Tage nach Impfung auf und klingen innerhalb weniger Tage wieder ab. Eine, in der Regel vorübergehende, Erhöhung der Leberwerte wird vereinzelt beobachtet.

Allergische Reaktionen bis hin zum allergischen Schock sind möglich. In Einzelfällen wurde über das Auftreten von Störungen des Nervensystems (Entzündungen, Sehstörungen, Lähmungen, Krampfanfälle), sowie über Blutbildveränderungen und Erkrankungen anderer Organe (z.B. Gelenkentzündungen, Hauterkrankungen) im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung berichtet.

Damit Ihr Impfarzt entscheiden kann, ob Sie heute wirksam und ohne Gefährdung geimpft werden können, werden Sie gebeten, die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten und anschließend Ihre Angaben durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Impfaufklärung und -einwilligung

Hepatitis B (Engerix®)



Name: **Geb.-Datum:**

Vorname: m w d

Anschrift:

Telefon: **E-Mail:**

Arbeitgeber:

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Zeichen einer akuten Erkrankung? (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Heiserkeit oder sonstige Beschwerden)

nein ja Folgende:

Hatten Sie einen schweren Unfall oder eine Operation in den vergangenen drei Monaten? Ist ein chirurgischer Eingriff geplant in den kommenden vier Wochen?

nein ja Folgende:

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

nein ja Folgende:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

nein ja Folgende:

Sind Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt gegen Aluminiumhydroxid, Neomycin, Polymyxin, Formaldehyd, Hühnereiweiß oder Antibiotika?

nein ja Folgende:

Traten Impf-Komplikationen bei früheren Impfungen bei Ihnen auf? (z.B. Kreislaufinstabilität, Bewusstlosigkeit, allergische Reaktion oder Anaphylaxie, Schmerzen, Hämatom, Blutung, Juckreiz, Lähmung, Fieber, Schwindel usw.)

nein ja Folgende:

Nehmen Sie, falls ja welche, Medikamente ein? (besonders gerinnungshemmende Medikamente wie Aspirin, Heparin u. Clopidogrel oder immunmodulierende Medikamente wie Kortison, Immunsuppressiva usw.)

nein ja Folgende:

Wurden in den vergangenen vier Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?

nein ja Folgende:

Besteht eine Schwangerschaft?

nein ja

- ① Diese Impfung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.
- ① Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.
- ① Zum jetzigen Zeitpunkt habe ich keine weiteren Fragen, mir ist aber bewusst, dass ich die Möglichkeit habe, jederzeit weitere Fragen an die Impfärztin / den Impfarzt zu stellen.
- ① Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung verweigern und/oder jederzeit schriftlich widerrufen kann.
- Die schriftliche Impfaufklärung und Datenschutzinformation habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich willige in die **Impfung** ein.
- Ich willige in die Datenweitergabe zum Zweck der Rechnungsstellung, gegenüber meinem Arbeitgeber oder mir, wenn ich Selbstzahler bin, an die Verrechnungsstelle PIMA Service & Solutions GmbH, Anna-Birle-Str.1, 55252 Mainz-Kastel ein.
- ① Weitergehende Auskünfte wie Diagnosedaten, Untersuchungs- oder Laborergebnisse werden nicht an die Verrechnungsstelle oder den Arbeitgeber weitergegeben und unterliegen weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich lehne die Schutzimpfung ab. Über mögliche entstehende Nachteile durch den Verzicht der Impfung wurde ich belehrt.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Lfd. Nr.	Chargen-Nr.	(Impf) Datum	Applikation i.m.	Unterschrift Proband	Unterschrift Impfarzt
			<input type="checkbox"/> OA li. <input type="checkbox"/> OA re.		
			<input type="checkbox"/> OA li. <input type="checkbox"/> OA re.		
			<input type="checkbox"/> OA li. <input type="checkbox"/> OA re.		