

# Impfaufklärung und -einwilligung Hepatitis A

- Havrix®  
 VAQTA®



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:

Hepatitis A (HAV) wird durch Kontakt- oder Schmierinfektion (enger Personenkontakt, verunreinigte Lebensmittel oder Trinkwasser) übertragen und kommt weltweit vor. Vor allem in Entwicklungsländern ist diese Krankheit sehr verbreitet. Die Krankheit beginnt mit Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit und Fieber. Eine Gelbsucht, sowie eine schmerzhafte Schwellung von Leber und Milz sind möglich. Meist heilt die Hepatitis A folgenlos innerhalb von 4-6 Wochen aus und hinterlässt dann eine lebenslange Immunität. In seltenen Fällen, deren Zahl mit zunehmendem Lebensalter deutlich ansteigt, kommt es zu schweren Krankheitsverläufen mit Leberversagen bis hin zum Tod oder bleibenden Schäden.

## Die Impfung

Für die Grundimmunisierung sind insgesamt zwei Impfungen im Abstand von 6 bis 12 Monaten 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 kann es zu leichten Allgemeinsymptomen wie Kopf- und Gliederschmerzen oder grippeähnlichen Symptomen mit leichtem Fieber, Mattigkeit, Unwohlsein oder Magen-Darm-Erscheinungen kommen. Gelegentlich kann eine Infektion der oberen Atemwege oder Schnupfen 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 A

- Havrix®  
 VAQTA®



**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.		