

Impfaufklärung und -einwilligung

Mumps-Masern-Röteln (MMR)



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

Masern, Mumps und Röteln (MMR) sind weltweit verbreitete Infektionserkrankungen, die durch Viren (Masernvirus, Mumpsvirus, Rötelnvirus) hervorgerufen werden und vorwiegend im Kindesalter – aber auch bei Erwachsenen – auftreten. Die öffentlichen Empfehlungen für die MMR-Impfung wurden im Januar 2020 von der ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) überarbeitet und veröffentlicht. Durch gesetzliche Änderungen (§23 IfSG) werden zukünftig mehr MMR-Impfungen bei Erwachsenen durchgeführt werden als bisher.

Die **zweimalige MMR-Impfung** ist demnach für nach 1970 geborene Personen (einschließlich Auszubildende, PraktikantInnen, Studierende und ehrenamtlich Tätige) in folgenden beruflichen Tätigkeitsbereichen indiziert: Medizinische Einrichtungen, Tätigkeiten mit Kontakt zu potenziell infektiösem Material, Einrichtungen der Pflege, Gemeinschaftseinrichtungen, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern und Fach-Berufs- und Hochschulen.

Die Impfung soll mit einem **MMR-Kombinationsimpfstoff** durchgeführt werden. Ein Masern-Mono-Impfstoff steht in Deutschland nicht zur Verfügung. Personen ohne frühere Lebendimpfung gegen MMR oder mit unklarem Impfstatus sollen zweimal im Abstand von mindestens 4 Wochen geimpft werden; Personen, die bisher nur einmal gegen Masern, Mumps oder Röteln geimpft worden sind, sollen eine zusätzliche MMR-Impfung im Abstand von mindestens 4 Wochen zur vorangegangenen Impfung erhalten.

Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten beim Menschen überhaupt. Sie werden in der Regel durch das Einatmen infektiöser Tröpfchen sowie durch Kontakt mit infektiösen Sekreten aus Nase oder Rachen übertragen. Sie geht mit hohem Fieber, Husten, Bindehautentzündung und einem typischen Hautausschlag (Exanthem) einher; die Erkrankung dauert etwa zwei Wochen. Häufig treten als Komplikationen Lungen- sowie Mittelohrentzündungen auf. Bei etwa einem von 1000 bis 2000 Masernkranken tritt eine Gehirnentzündung (Enzephalitis) auf.

Mumps ist eine ansteckende Erkrankung, die typischerweise zu einer Entzündung der Speicheldrüsen führt. Die Übertragung erfolgt vor allem durch infektiöse Tröpfchen. Neben einer Schwellung der Speicheldrüsen („Ziegenpeter“) kommt es zu Fieber und Kopfschmerzen. Bei zumindest jedem zehnten Mumpskranken tritt zusätzlich eine Entzündung der Hirnhäute (Meningitis) und gelegentlich des Gehirns („Enzephalitis“) auf. Eine zwar seltene, aber typische Komplikation der Mumps ist ein Hörverlust. Bei jedem vierten Jugendlichen oder erwachsenen Mann tritt eine Schwellung und Entzündung der Hoden auf, die selten auch zur Unfruchtbarkeit führen kann.

Röteln sind eine meist leicht verlaufende Viruserkrankung, die mit Fieber, Hautausschlag (Exanthem) und Lymphknotenschwellungen einhergeht. Treten Röteln während der Schwangerschaft auf, so kann die Infektion auf das Kind im Mutterleib übergehen und insbesondere Missbildungen an Auge, Ohr, am Herzen sowie im Gehirn verursachen. Nicht selten verläuft die Infektion mit Rötelnvirus jedoch ohne Krankheitserscheinungen; auch diese Menschen sind für ihre Umgebung ansteckend.

Der **Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff** besteht aus abgeschwächten Virusstämmen, die sich nach der Impfung im Geimpften vermehren; der Impfstoff wird in den Oberarm gespritzt (durch intramuskuläre oder subkutane Injektion verabreicht). MMR-Impfstoffe wurden seit ihrer Zulassung millionenfach verabreicht. Sie sind gut verträglich und werden allgemein als sicher bewertet. Nicht mit Lebendimpfstoffen wie MMR geimpft werden dürfen Schwangere, Menschen mit einer bekannten Immunsuppression und akut fieberhaft (>38,5°) Erkrankte. Für 3 Monate nach der Impfung ist eine Schwangerschaft zu vermeiden.

Unerwünschte Wirkungen der MMR-Impfung

Häufig werden als Ausdruck einer Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff Lokalreaktionen an der Injektionsstelle wie Rötung, Schwellung und Schmerzen für 1 – 3 Tage beobachtet. Ferner können Allgemeinsymptome wie Kopfschmerzen, Mattigkeit und Fieber auftreten. Etwa 5 – 15 % der Geimpften zeigen mäßiges bis hohes Fieber zwischen dem 7. und 12. Tag nach Impfung, das 1 – 2 Tage anhält. Ein Hautausschlag (Exanthem) kann bei etwa 5 % der Geimpften in der zweiten Woche nach der Impfung auftreten. Hierbei handelt es sich meist um eine milde, selbstlimitierende Symptomatik, die nicht ansteckend ist und 1 – 3 Tage andauert.

Etwa 10-15 % der Geimpften berichten nach der Impfung über z.T. länger anhaltende Gelenkschmerzen (Arthralgien), insbesondere erwachsene Frauen. Auch wurden Fälle von Gelenkentzündungen nach der MMR-Impfung bei Erwachsenen berichtet. Ob diese unerwünschten Wirkungen zu dauerhaften Schäden an den Gelenken führen können, wird derzeit noch kontrovers diskutiert.

Weitere schwere unerwünschte Wirkungen der Impfung sind selten. Eine in der Regel selbstlimitierende Thrombozytopenie oder idiopathische thrombozytopenische Purpura (ITP) wurde bei 3 von 100.000 Geimpften innerhalb von 2 Monaten nach der 1. Impfung beobachtet. In 1 – 4 Fällen pro 1 Million Geimpfte wird eine Anaphylaxie nach der Impfung beobachtet. Eine Hühnereiweißallergie stellt im Allgemeinen aber keine absolute Kontraindikation gegen die Impfung dar. Menschen mit einer Immunschwäche sollten nicht mit Lebendimpfstoffen geimpft werden.

Bitte weisen Sie uns darauf hin, wenn Sie Medikamente zur Blutverdünnung wie Marcumar®, oder Xarelto® einnehmen. Bei Einnahme von einigen solcher gerinnungshemmenden Medikamente sollte die Impfung dann subkutan durchgeführt werden.

Impfaufklärung und -einwilligung Mumps-Masern-Röteln (MMR)



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

- Diese Impfung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.
- Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.
- 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.
- 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.
- 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. | | |