



Dr. med. Agathe Traut  
Brückenstr. 2a 54338 Schweich

### Einverständniserklärung zur Impfung

Mein Arzt hat mich über die Krankheiten, bzw. Krankheitserreger, die Behandlungsmöglichkeiten und über die Schutzimpfungen gegen diese Krankheiten informiert.

Er hat mir die Nutzen und Risiken dieser Schutzimpfung(en) erklärt, die Fälle, in denen die Schutzimpfung(en) nicht erfolgen sollen, geschildert und mich auf die möglichen Impfreaktionen und Impfkomplicationen hingewiesen. Er hat mich ferner über die Art und Weise der Durchführung der Impfung, über die Art des Impfstoffes und über Beginn und Dauer des Impfschutzes informiert sowie darüber, wie ich mich nach der Impfung verhalten soll. In einem anschließenden Arzt-Patienten-Gespräch hatte ich/hatten wir genügend Gelegenheit, Fragen zu den bevorstehenden Impfungen zu stellen.

Hiermit beauftrage ich/wir den behandelnden Arzt, den für die Durchführung der Impfung in der Praxis benötigten Impfstoff in der Apotheke seiner Wahl zu besorgen und das erforderliche Rezept nebst meiner Telefonnummer direkt an die betreffende Apotheke zu senden. Für mich von der gewählten Apotheke gelieferte, patientenindividuell gekennzeichnete Impfstoffe nimmt der behandelnde Arzt entgegen und bewahrt diese bis zum Anwendungstermin für mich auf. Der behandelnde Arzt nimmt Informationen zur Datenverarbeitung und zum Impfstoff von der Lieferapotheke für mich entgegen. Die zur Durchführung des Beschaffungsauftrages einschließlich der Zahlungsabwicklung benötigten Rezeptdaten und meine Telefonnummer darf der behandelnde Arzt der gewählten Apotheke übermitteln. Für die Übermittlung der Rezeptdaten entbinde ich den Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber der Lieferapotheke. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht ebenso wie den gesamten Beschaffungsauftrag jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Von mir ggf. entrichtende gesetzliche Arzneimittelzuzahlungen oder- sofern ich privat versichert bin oder meine Versicherung das Arzneimittel nicht erstattet- den Kaufpreis für das Arzneimittel bezahle ich nach Rechnungsstellung der gewählten Apotheke. Diese Rechnung ist gleichzeitig mein Beleg für den Nachweis der Zahlung oder Zuzahlung bei meiner Krankenkasse/Krankenversicherung. Dieser Beschaffungsauftrag gilt auch für zukünftige Impfstoffe, die ich im Zusammenhang mit einer Impfserie, z.B. im Rahmen der Grundimmunisierung benötigt.

Wir empfehlen Ihnen, dass Sie nach einer Impfung noch 30 Minuten in unserer Praxis verweilen, um evtl. Impfreaktionen sofort beurteilen zu können.

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut) empfiehlt die Anwendung von Kombinationsimpfstoffen.

- Ich bin mit den Impfungen einverstanden.
- Ich bin mit den Impfungen nicht einverstanden.

Name:           \$Vorname#, \$Nachname#

Geburtsdatum: \$Gebdatum#

Datum: \_\_\_\_\_\$Druckdatum#

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(ggf. des Sorgeberechtigten \*)

- Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.