

Einverständniserklärung für Schutzimpfungen

**Sehr geehrte Bewohner und Bewohnerinnen,
Angehörige und Betreuer/-innen,**

die Hausärzte/-ärztinnen haben zu unterschiedlichen Anlässen immer wieder Schutzimpfungen durchzuführen, dies können u.a. sein:

- Gripeschutzimpfungen
- Tetanusimpfung bei Verletzungen
- Schutzimpfung gegen Pneumonie (Lungenentzündung)
- Schutzimpfung gegen Diphtherie (Entzündung des Rachens mit Atemnot)
- Schutzimpfung gegen RSV (schwere Atemwegserkrankung)

Daher bitten die Hausärzte/-ärztinnen um eine schriftliche Einverständniserklärung. Wir möchten Sie bitten, die unten abgedruckte Einverständniserklärung auszufüllen und zu unterschreiben.

Bitte geben Sie den unteren Abschnitt mit den ärztlichen Formularen vor der Aufnahme ins Altenzentrum St. Josef ab.

✂-----

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der/die Hausarzt/-ärztin Dr. _____
von Frau/Herr _____ (Bewohner/-in) eine

- ☐ Influenza (Grippe) (jährlich)
- ☐ Tetanus (bei medizinischer Notwendigkeit)
- ☐ Pneumokokken (bei medizinischer Notwendigkeit)
- ☐ Diphtherie (bei medizinischer Notwendigkeit)
- ☐ Covid-19 (jährlich)
- ☐ Respiratorische Synzytial -Virus (RSV)

durchführt.

Name, Vorname: _____ (gesetzlicher Vertreter/-in)

Ort/Datum

Unterschrift der zu impfenden Person oder des gesetzlichen Vertreters