

Fragebogen und Einverständniserklärung zur HPV-Impfung

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, um sicherzustellen, dass die HPV-Impfung für Sie oder Ihr Kind durchgeführt werden kann:

Persönliche Daten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Gesundheitsfragen

1. Hatten Sie oder Ihr Kind bereits eine HPV-Impfung? Ja, Anzahl der Dosen: _____ Nein
2. Besteht eine Allergie gegen Medikamente, Impfstoffe oder andere Stoffe? Ja: Nein
wenn Ja welche? _____
3. Besteht aktuell eine akute Erkrankung (z. B. Fieber, Infekt)? Ja Nein
4. Werden derzeit Medikamente eingenommen? Ja Nein
Wenn ja welche? _____
5. Gibt es bekannte Erkrankungen oder Immunschwächen? Ja _____ Nein
6. Sind Sie oder ist Ihr Kind schwanger oder stillend (falls zutreffend)? Ja Nein
7. Gab es nach vorherigen Impfungen Nebenwirkungen? Ja _____ Nein

Einverständniserklärung zur HPV-Impfung

Ich wurde ausführlich über die HPV-Impfung, deren Nutzen, mögliche Risiken und Nebenwirkungen sowie den Impfablauf informiert. Ich habe alle Fragen dazu gestellt und diese wurden verständlich beantwortet.

Ich bin darüber informiert, dass:

- Die Impfung vor bestimmten HPV-Typen schützt, jedoch nicht vor allen.
- Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen auch nach der Impfung wichtig sind.
- Nebenwirkungen auftreten können, z. B. Rötung an der Einstichstelle, Fieber oder Müdigkeit.

Einwilligung

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass ich selbst bzw. mein Kind (Name: _____) die HPV-Impfung erhält.

Ort, Datum

**Unterschrift der Patientin/des Patienten
oder Erziehungsberechtigten**