



**Landkreis Nordwestmecklenburg**  
**Der Landrat**  
 Fachdienst Öffentlicher Gesundheitsdienst

Landkreis Nordwestmecklenburg · Postfach 1565 · 23958

Auskünfte erteilen Ihnen Frau Radtke / Frau Schwan  
 Zimmer A 1.34 · Rostocker Straße 76 · 23970 Wismar

**IMPFSPRECHSTUNDE**

**Telefon** 03841 3040 - 5310 u.-5364 **Fax** 03841 3040 85399

**DONNERSTAGS: 14.00 – 17.30 Uhr**

**E-Mail** ga@nordwestmecklenburg.de

Name des Impflings: .....

Geburtsdatum: ..... Krankenkasse .....

Aktuelle Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

**Einverständniserklärung zur Durchführung der Schutzimpfung gegen:**

(wird vom FD Öffentlicher Gesundheitsdienst ausgefüllt)		
..... Cholera (oralen Impfstoff)	..... Hepatitis A/B	..... Pneumokokken
..... FSME	..... Hepatitis B	..... Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Polio
..... Gelbfieber	..... HPV (Humane Papillomviren)	..... Tollwut
..... Grippe	..... Japanische Encephalitis	..... Typhus
..... Gürtelrose/HerpesZoster	..... Masern/Mumps/Röteln	..... Windpocken(Varizellen)
..... Hepatitis A	..... MeningokokkenTyp: .....	..... .....

Ich bin über die Möglichkeit informiert worden, mich zu dieser Impfung ergänzend durch den Impfarzt beraten zu lassen.

Aktuelle Angaben:

Ich bin/ mein Kind ist gegenwärtig gesund? ja  nein

Bei mir/meinem Kind ist eine Allergie bekannt und/oder es traten nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf.

ja  nein

Ich willige in die Impfung ein.

ja  nein

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Impflings/ Sorgeberechtigten

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Arztes