Anlage 3

Vom Impfarzt oder vom behandelnden Arzt auszufüllen und der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt (d. h. dem Berichtsformular des Paul-Ehrlich-Institutes) beizufügen.

Ergänzungsbogen zur

Meldung eines Verdachtes auf Impfkomplikation

1. Patient: *Nachname°:* ☐ _____ *Vorname°:* ☐ _____

(Ersten Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens bitte in die Kästchen eintragen)

Geburtsdatum: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ m ☐ ☐ w

Tag **Monat** **Jahr** **Geschlecht**

Adresse°: *Straße:*_____ *PLZ:*_____ *Ort:*_____

---

2. Angaben zu den Eltern / Sorgeberechtigten/-verpflichteten des Patienten (Impflings) bei Kindern und geschäftsunfähigen oder beschränkt geschäftsfähigen Personen:

Name°: *Vorname°:*

Adresse°:

---

3. Ergänzende Angaben zur Impfung:

wievielte Impfung gegen diese Erkrankung (unabhängig vom Impfstoff)?:

Synchron-Impfung mit:

Simultan-Impfung? (Angabe des Immunglobulins):

allgemein empfohlene (Standard-)Impfung?:

Indikationsimpfung/Reiseimpfung? (Indikation angeben):

---

4. Angaben zur Belehrung (freiwillige Angabe)**:**

Ist der Patient bzw. dessen Vertreter über den Anspruch auf Versorgung gemäß § 60 ff. IfSG belehrt worden?:

---

5. Ergänzende Angaben zum Impfarzt (freiwillige Angabe)**:**

Fachrichtung/Qualifikationen:

letzte Impffortbildung:

Ort, Datum: ..... Arztunterschrift Stempel

° Die Angaben zu diesen (zusätzlich kursiv bzw. blau gekennzeichneten) Punkten dürfen vom Gesundheitsamt – bis auf den jeweils ersten Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens – nicht weitergeleitet werden

Drucken Zurücksetzen