

ANAMNESE

Schutzimpfung gegen Affenpocken

– mit Pockenimpfstoff IMVANEX[®] /JYNNEOS[®]
von Bavarian Nordic

(Anwendung außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung: Off-Label-Use)

Stand: 29. Juni 2022

Diese Informationen liegen in Fremdsprachen vor:
www.rki.de/affenpocken-impfaufklaerung

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja nein

2. Wurden Sie¹ bereits gegen Pocken (bis 1980) geimpft?

(Wenn Sie es nicht wissen, sehen Sie in Ihrem Impfass nach oder schauen Sie, ob Sie eine Pockennarbe am Oberarm haben)

ja nein

3. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche?

(z. B. HIV-Infektion, atopische Dermatitis, Immunschwäche durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)

ja nein

Wenn ja, welche _____

4. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche _____

5. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja nein

Wenn ja, welche _____

Die folgenden Fragen richten sich nur an Frauen

6. Sind Sie¹ schwanger?

ja nein

7. Stillen Sie¹ aktuell?

ja nein

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen Affenpocken

– mit Pockenimpfstoff IMVANEX[®] /JYNNEOS[®]
von Bavarian Nordic

(Anwendung außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung: Off-Label-Use)

Stand: 29. Juni 2022

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt. Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Affenpocken ein.

Erklärung der zu impfenden Person zum Off-Label-Use:

Hiermit erkläre ich, dass ich von meiner Impfärztin/meinem Impfarzt darüber informiert worden bin, dass das oben genannte Arzneimittel außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung bei mir eingesetzt wird und dass der Hersteller nur bei grober Fahrlässigkeit oder Verschulden für Schäden haftet, die auf das nicht durchgeführte Zulassungsverfahren zurückzuführen sind. Im Übrigen besteht die Haftung des Herstellers grundsätzlich fort, wird aber durch das Bundesministerium für Gesundheit in den meisten Fällen übernommen.

Ich wurde von meiner Impfärztin / meinem Impfarzt über die medizinischen und rechtlichen Aspekte beim Einsatz dieses Arzneimittels in einem persönlichen Gespräch umfassend informiert. Meine Fragen hierzu konnte ich stellen und diese sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Nach Allem verzichte ich rechtsverbindlich auf die Haftung meines verordnenden Arztes wegen der Anwendung des Pocken-Impfstoffs IMVANEX[®] / JYNNEOS[®] außerhalb der Zulassung (Off-Label-Use). Ich wünsche die Impfung außerhalb der zugelassenen Indikation.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: *Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.*

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____

E-Mail _____