

Bitte sorgfältig ausfüllen

Name, Vorname des Kindes										
Geburtsdatum und Geburtsort										
Straße und Hausnummer										
PLZ und Ort										
Telefonnummer der Eltern (für evtl. Rückfragen während der Impfung)										
Schule, Klasse										
Krankenkasse:						<input type="checkbox"/> nicht krankenversichert				
Kranken- Kassen-Nr.:										
Versicherten- Nr.:										

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Personensorgeberechtigte,

Schutzimpfungen sind auch heute noch für Kinder und Jugendliche notwendig. Vor deren Einführung hinterließen die Infektionskrankheiten häufig bleibende Schäden oder verliefen sogar tödlich.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst bietet für Ihr Kind jetzt eine von der ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut öffentlich empfohlene Schutzimpfung gegen

Hepatitis B

an. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Impfung ist unentgeltlich. Sie kann auch von einem niedergelassenen Arzt vorgenommen werden.

Es können nur Kinder ohne akute Krankheit geimpft werden. Deshalb brauchen wir unbedingt Ihre verantwortungsvolle Mitwirkung bei jeder einzelnen Impfung:

1. **Informieren Sie sich bitte anhand des Merkblattes über die Schutzimpfung.**
2. **Füllen Sie bitte den standardisierten Fragebogen auf der Rückseite sorgfältig und vollständig aus, wenn Ihr Kind geimpft werden soll.**
3. **Geben Sie bitte in jedem Fall Ihrem Kind folgende Unterlagen für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zur Schule bzw. in die Sprechstunde mit:**
 - den ausgefüllten und unterschriebenen **FRAGEBOGEN**
 - das **IMPFBUCH**
 - gegebenenfalls alle einzelnen **IMPFBESCHEINIGUNGEN**.

Sie können diese Papiere auch in einem verschlossenen Umschlag mitgeben.

Die Ärztin/Der Arzt kann Ihr Kind erst nach Prüfung des Impfbuches, Ihrer Angaben und **nur mit Ihrer Zustimmung** impfen.

Falls Sie mehr über diese Schutzimpfung wissen möchten, fragen Sie vorher die Impfärztin oder den Impfarzt. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie eine der Fragen 2 bis 12 auf der Rückseite mit „Ja“ beantworten müssen.

Ihr
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

(Stempel des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes mit Telefonnummer)

Merkblatt

Zur Schutzimpfung gegen Hepatitis B

Die Hepatitis B ist eine infektiöse Leberentzündung (Gelbsucht). Das Hepatitis B-Virus befindet sich in allen Körperflüssigkeiten (Blut, Urin, Tränen, Speichel, Sperma usw.) eines infizierten Menschen. Übertragungsmöglichkeiten sind insbesondere Stichverletzungen mit kontaminierten Gegenständen (insbesondere für Drogenabhängige, beim Piercing und Tattoo) sowie Biss- und Kratzwunden bei kindlichen Rangeleien und Geschlechtsverkehr.

Unter der Geburt kann das Virus von der Mutter auf das Neugeborene übertragen werden. Diese Infektionen werden in über 90 % chronisch, von diesen führen 25 % zum frühzeitigen Tod.

Jugendliche gehören zu dem am meisten infektionsgefährdeten Personenkreis.

Die Hepatitis B kann mit Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit und einer Gelbsucht beginnen

Die Hepatitis B kann auch ohne erkennbare Krankheitszeichen verlaufen und zu einer chronischen Infektion eines Menschen führen. Der Infizierte wird somit zu einer Infektionsquelle für Andere.

Eine spezifische Behandlung dieser Erkrankung ist auch heute noch nicht möglich. Nur die rechtzeitige und ausreichende Impfung schützt vor der Hepatitis B zuverlässig.

Impfverlauf, mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen nach dieser Schutzimpfung

Der Impfstoff enthält Bestandteile aus der Hülle des Hepatitis B-Virus. Er wird gentechnologisch gewonnen und gereinigt. Erst seine dreimalige Verabreichung bewirkt in der Regel einen ausreichenden Schutz vor einer Hepatitis B-Erkrankung.

An der Impfstelle können gelegentlich vorübergehende Hautrötung, Schwellung und Juckreiz auftreten. Auch Müdigkeit, Abgeschlagenheit und sehr selten Fieber sind möglich. In Ausnahmefällen werden vorübergehende Gelenkschmerzen und -schwellungen sowie neurologische Symptome beobachtet. Sehr selten werden allergische Reaktionen gegen den Impfstoff festgestellt. Die Impfärztin/der Impfarzt wird in solchen Fällen sofortige Maßnahmen ergreifen.

Über das Auftreten bleibender Gesundheitsschäden nach einer Hepatitis B-Impfung wurde bisher nichts bekannt.

Bei starken oder länger anhaltenden Beschwerden oder irgendwelchen ungewöhnlichen Krankheitszeichen ziehen Sie eine Ärztin/einen Arzt zu Rate und benachrichtigen Sie das Gesundheitsamt.

Diese rechte Hälfte des Blattes mit den Angaben zu der Schutzimpfung können Sie abtrennen und zu Ihrer Information behalten.

Impfangebot für Kinder und Jugendliche

Der von der ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) ständig aktualisierte Impfkalender gibt als Empfehlung eine Art Fahrplan für die zeitlich optimale Abfolge der Impfungen beim einzelnen Kind und Jugendlichen vor. Ihr Kinder- und Jugendgesundheitsdienst folgt mit seinem Angebot diesen aktuellen Empfehlungen und bietet entsprechende Impfungen für Ihr Kind an. Sollte wegen einer Erkrankung zu dem im Impfkalender angegebenen Zeitpunkt die Impfung nicht möglich sein, ist sie so bald wie möglich nachzuholen.

Zur Klärung der Impffähigkeit Ihres Kindes dient auch der Fragebogen. Er wurde aus Gründen der Vereinfachung und Vereinheitlichung standardisiert. Nahezu alle Ausschlusskriterien für die von Ihrem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst angebotenen Impfung können mit ihm erfasst werden, so dass die Impfärztin/der Impfarzt ein mögliches Impfrisiko weitestgehend ausschließen kann.

Bitte sorgfältig beantworten bzw. ausfüllen!

Die Antworten helfen der Ärztin / dem Arzt, Impfrisiken zu erkennen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

1. Halten Sie Ihr Kind zur Zeit für gesund? Ja Nein
2. Hatte Ihr Kind in den letzten vier Wochen eine Krankheit?..... Ja Nein
Wann und welche? _____
3. Ist eine Operation in den vergangenen zwei Wochen durchgeführt worden oder in den nächsten zwei Wochen geplant? Ja Nein
4. Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
5. Erhielt Ihr Kind in den letzten drei Monaten Gamma-Globulin (Hyperimmenserum) oder eine Bluttransfusion? Ja Nein
6. Bestehen bei Ihrem Kind Folgeerscheinungen einer früheren Erkrankung oder Blutgerinnungsstörungen? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
7. Sind bei Ihrem Kind Allergien speziell gegen Antibiotika oder Konservierungsstoffe aufgetreten? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
8. Ist bei Ihrem Kind eine Infekt-Abwehrschwäche bekannt (z. B. bei Krebserkrankung, HIV-Infektion oder Kortisonbehandlung)? Ja Nein
9. Sind Ihnen in den letzten vier Wochen ansteckende Krankheiten in der Umgebung Ihres Kindes bekannt geworden? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
10. Wann war die letzte Impfung? _____
Welche? _____
11. Sind Besonderheiten bei früheren Impfungen aufgetreten? Ja Nein
Falls ja, welche? _____
12. Bestehen weitere Besonderheiten (z. B. eitrige Entzündungen, Krampfanfälle, Schwangerschaft)? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Bitte hier Zutreffendes ankreuzen und unterschreiben!

Ich habe den Inhalt des Merkblattes zur Kenntnis genommen und bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend vor der Impfung durch einen Impfarzt informieren zu lassen. Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich wünsche,
dass die Schutzimpfung bei dem genannten Kind durchgeführt wird.

Ich wünsche nicht,
dass die Schutzimpfung bei dem genannten Kind durchgeführt wird. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung für das Kind wurde ich informiert.

Ort / Datum / Unterschrift(en) der / des Personensorgeberechtigten

- Wird vom Impfarzt ausgefüllt -

Impfstoff und Chargen-Nr.:	
Datum der Impfung:	
Unterschrift / Stempel d. Ärztin / Arztes:	