

Bitte sorgfältig ausfüllen

Name, Vorname des Kindes									
Geburtsdatum und Geburtsort									
Straße und Hausnummer									
PLZ und Ort									
Telefonnummer der Eltern <small>(für evtl. Rückfragen während der Impfung)</small>									
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

Masern, Mumps und Röteln

an.

Die Teilnahme ist freiwillig. Die Impfung ist unentgeltlich. Sie kann auch von einem niedergelassenen Arzt/Ärztin 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 beziehungsweise 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 Impfpfärztin oder den Impfarzt. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie eine der Fragen 2 bis 12 auf der Rückseite mit "Ja" beantworten müssten.

Ihr
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Merkblatt



Zur Schutzimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR)

Die erste Schutzimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln wird in der Regel mit kombiniertem Impfstoff als MMR-Impfung im zweiten Lebensjahr durchgeführt. Eine zweite Impfung wird frühestens nach 4 Wochen empfohlen.

Masern, Mumps und Röteln sind weitverbreitete Krankheiten. Nur rechtzeitiges und konsequentes Impfen wirkt zuverlässig. Die Masern-Mumps-Röteln-Schutzimpfung bei eventuell bereits immunen Personen stellt kein Risiko dar.

Masern

Die Masern sind eine leicht übertragbare Viruskrankheit. Sie verläuft über etwa zwei Wochen mit hohem Fieber, Bindehautentzündung, Bronchitis und einem typischen Hautausschlag. Komplikationen wie Mittelohr- und Lungenentzündungen sind häufig. Hirnentzündung (Enzephalitis) tritt in einem von 1 000 bis 2 000 Fällen auf und kann zu bleibenden Schäden führen. Nach Überstehen der Masern ist für eine gewisse Zeit eine hohe Anfälligkeit für andere Erkrankungen gegeben.

Mumps

Mumps (Ziegenpeter) wird durch Viren hervorgerufen. Folgen sind typische, schmerzhafte Entzündungen und Schwellungen der Speicheldrüsen mit hohem Fieber und Kopfschmerzen. Als häufige Komplikationen sind Hirnhautentzündungen und bei Jungen während oder nach der Pubertät Hodenentzündungen bekannt. Gelegentlich sind Hirnentzündungen, Unfruchtbarkeit und selten Hörverlust die Folge einer Mumpserkrankung.

Röteln

Die Röteln sind eine meist leicht verlaufende virusbedingte Erkrankung mit Fieber, Lymphknotenschwellungen und Hautausschlag.

Bei Ansteckung während der ersten drei (bis vier) Monate einer Schwangerschaft besteht die Gefahr von Missbildungen an Augen, Ohren, am Herzen und am Gehirn des werdenden Kindes. Rötelininfektionen können unbemerkt ablaufen und dennoch für die Schwangere und ihr Kind eine Gefahr sein.

Impfverlauf, mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen nach dieser Schutzimpfung

Der Impfstoff enthält abgeschwächte, lebende Masern-, Mumps- und Rötelnviren und wird injiziert (gespritzt). Die Impfviren vermehren sich im Körper, werden aber nicht auf andere Personen (auch nicht auf Schwangere) im Umfeld übertragen. An der Impfstelle kann ein leichtes Brennen, eine Rötung oder schmerzhafte Schwellung für kurze Zeit auftreten. Ca. eine Woche nach der Impfung sind Temperaturerhöhungen über 1-2 Tage möglich, auch kommt es gelegentlich in der zweiten Woche zum leichten Hautausschlag, zu Lymphknotenschwellungen, sehr selten tritt eine mumpsähnliche Reaktion auf. Einzelfälle von Nerven- und Hirnhautentzündungen, die zeitlich mit der Impfung in einen Zusammenhang gebracht wurden, sind berichtet worden. Über das Auftreten von Gesundheitsschäden nach dieser Impfung ist 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 (Hyperimmunserum) 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	