

Impfaufklärung 6-fach Impfung, Rotaviren

und Meningokokken B

Patient: _____

geb.: _____

- Impfung gegen:**
- Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten
 - Polio (Kinderlähmung)
 - Pneumokokken
 - Meningokokken B
 - HIB (Haemophilus influenzae b)
 - Hepatitis Typ B (Leberentzündung)
 - Rotaviren (Schluckimpfung)

Mögliche Nebenwirkungen

- Lokalreaktion:**
- Rötung und Schwellung der Impfstelle
 - Sehr selten Bildung eines behandlungsbedürftigen Abzesses mit evtl. Narbenbildung
 - Gelegentlich Granulombildung (knochenartige Veränderung oder Zyste (Rückbildung von selbst))
- Fieber:**
- In den ersten 2-3 Tagen (geleg. bis 40°C) mit grippeähnlichen Symptomen
- Fieberkrampf:**
- bei Kindern mit entsprechender Veranlagung
- Durchfall:**
- insbes. bei der Schluckimpfung gegen Rotaviren
- Darm-**
verschlingung:
- sehr seltene Komplikationen der Schluckimpfung gegen Rotaviren
- Allgemeine Symptome (insbes. Meningokokken B):**
- Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
 - Gelenkschmerzen, Gliederschmerzen
 - Hautausschlag, Juckreiz
 - Erhöhung der Leberenzymwerte

Bei Kleinkindern (insbes. Meningokokken B):

- Unruhe, Schreien, unruhiger Schlaf
- Schläfrigkeit, Appetitlosigkeit, Fieberkrämpfe (bei Kindern, die zu Fieber neigen)

Allerg. Reaktionen: sehr selten, bei entsprechend veranlagten Personen:

- Äußerst selten, im Rahmen der allergischen Reaktion Kreislaufstillstand, Krampfanfälle und Atemstörung (erfordert stationäre Behandlung), im ungünstigen Fall mit bleibenden Schäden
- Sehr selten Lähmungen, bis hin zur Atemlähmung (insbes. Meningokokken B)
- Sehr selten Schwellung der Augen und des Gesichts, juckender Hautausschlag äußerst selten bis zum allergischen Schock (insbes. Meningokokken B)

Nervensystem:

- in Einzelfällen Sensibilitätsstörungen, Nervenschmerzen und Gehirnentzündungen

Einwilligungserklärung

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden.
Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Noch offene Fragen: _____
konnten im Gespräch mit Frau Dr. Elizabeth Omamo geklärt werden.

Hiermit willige ich in die geplanten Impfungen ein.

Hiermit bestätige ich, dass alle Sorgeberechtigten des Kindes mit der geplanten Impfung einverstanden sind.

Ort und Datum

Unterschrift beider Erziehungsberechtigten



Dr. med. Elizabeth Omamo
Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin -Neonatologie-

Rochollstr. 8
42477 Radevormwald

t 02195 926970
f 02195 926975

kontakt@praxis-omamo.de
praxis-omamo.de