

Informationen zur freiwilligen MMR/V-Impfung für Schüler:innen der Vorklassen und Willkommensschulen

Liebe Schüler:innen, liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

wir möchten euch die Impfung/ Ihnen die Impfung Ihres Kindes gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR) und Varizellen (V), umgangssprachlich „Windpocken“, anbieten.

Warum sind die Impfungen wichtig?

Masern, Mumps, Röteln und Varizellen sind weltweit verbreitete Erkrankungen, die durch Infektionen mit unterschiedlichen Viren hervorgerufen werden. Es gibt keine Medikamente, mit denen die Erkrankungen geheilt werden können. Nur die vorbeugende Impfung schützt.

- **Masern** werden leicht von Mensch zu Mensch übertragen. Kennzeichen sind hohes Fieber, Husten, Bindegauentzündung und ein typischer Hauthausschlag. Häufig treten als Komplikationen eine Lungenentzündung sowie eine Mittelohrentzündung auf. Bei etwa einem von 1.000 bis 2.000 Masernkranken tritt eine Gehirnentzündung auf.
- **Mumps** ist eine Viruserkrankung. Kennzeichen sind Fieber, Kopfschmerzen und eine Schwellung der Speicheldrüsen. Oft tritt zusätzlich eine Entzündung der Hirnhäute und gelegentlich des Gehirns auf. Seltene Komplikationen sind Hörverlust und eine Schwellung und Entzündung der Hoden, die gelegentlich zur Unfruchtbarkeit führt.
- **Röteln** sind eine meist leicht verlaufende Viruserkrankung. Kennzeichen sind Fieber, Hauthausschlag und Lymphknotenschwellungen. Röteln sind ansteckend, auch wenn die Infektion oft ohne Krankheitsscheinungen abläuft. In der Schwangerschaft kann die Infektion auf das Kind übergehen und Fehlbildungen an Auge, Ohr, Herz und im Gehirn verursachen.
- **Varizellen (Windpocken)** sind eine hochinfektiöse Viruserkrankung, die insbesondere in den ersten Schwangerschaftsmonaten und für Neugeborene, deren Mütter kurz vor der Geburt an Windpocken erkranken, gefährlich wird. Häufig treten als Komplikationen Lungenentzündungen und Gehirnhautentzündungen auf, die schwere Verläufe mit sich bringen. Nach der Erkrankung verbleibt das Virus im Körper und kann bei späterer Aktivierung Gürtelrose mit langanhaltenden Schmerzen verursachen.

Welche Empfehlungen gibt es?

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die MMR-Impfung mit insgesamt zwei Impfstoffdosen im Abstand von mindestens 4 Wochen für Schulkinder. Die zweimalige Varizellenimpfung ist nach gleichem Impfschema empfohlen, sofern nicht bereits an Windpocken erkrankt wurde.

Wie läuft die Impfung im Schuljahr 2025/2026 ab?

Wir bieten bestimmte Zeitfenster pro Schule zur Durchführung von Impfungen an. Ihr Kind kann mit der ausgefüllten Erklärung zur MMR/V-Impfung oder mit Ihnen persönlich zu uns ins Gesundheitsamt kommen und geimpft werden. Der Impfstoff wird jeweils in den Oberarm-Muskel gespritzt und die Impfung in den mitgebrachten Impfausweis eingetragen.

Wer bezahlt die Impfungen?

Die Abrechnung erfolgt direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen. Nur privat versicherte Schüler:innen erhalten eine Rechnung über die Privatärztliche Verrechnungsstelle. Hierfür wird am Impftag eine Einwilligung zur Übermittlung der notwendigen Daten mitgegeben.

Welche Nebenwirkungen können nach den MMR/V-Impfungen auftreten?

<i>Sehr häufig und häufig ($\geq 1/100$)</i>	Schwellung und Schmerzen an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen und Fieber für ein bis zwei Tage etwa 6 -12 Tage nach der Impfung, nicht ansteckender Hautausschlag, Infektion der oberen Atemwege
<i>Gelegentlich ($\geq 1/1000, \leq 1/100$)</i>	Mittelohrentzündung, Lymphknotenschwellung, Appetitlosigkeit, Bindegauentzündung, Husten, Parotisvergrößerung, Durchfall, Erbrechen
<i>Selten ($\geq 1/10000, \leq 1/1000$)</i>	Fieberkrämpfe, Abfall der Thrombozyten, allergische Reaktion

Weitere Infos: www.rki.de.

MMR

Varizellen

Für weitere Informationen zu den Impfungen **in verschiedenen Sprachen** scannen Sie bitte die nebenstehenden QR-Codes.

For further information about the vaccinations in **various languages** please scan the QR-Codes alongside.



Erklärung zur freiwilligen MMR/V-Impfung

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Schule: _____

Klasse: _____

Ist Ihr Kind schon gegen **MMR** geimpft worden?

Nein Ja, und zwar 1x 2x unklar

Soll Ihr Kind durch das Gesundheitsamt Bremen gegen **Masern-Mumps-Röteln** geimpft werden?

Ja Nein

Ist Ihr Kind schon gegen **Varizellen** geimpft worden oder hat die Erkrankung durchgemacht?

Nein Windpocken erkrankt Geimpft, und zwar 1x 2x unklar

Soll Ihr Kind durch das Gesundheitsamt Bremen gegen **Varizellen** geimpft werden?

Ja Nein

Wenn ja, füllen Sie bitte auch die folgenden Unterlagen aus.

Bei wem ist Ihr Kind versichert?

Gesetzliche Krankenkasse Private Krankenkasse

Name der/ des Sorgeberechtigten: _____

Telefonnummer der Sorgeberechtigten für Rückfragen: _____

Einwilligung zur freiwilligen Impfung Ihres Kindes:

Ich habe die Informationen über die MMR/V-Impfung zur Kenntnis genommen. Über den Impfstoff, die Durchführung der Impfung im Gesundheitsamt und über mögliche Impfreaktionen habe ich mich informiert. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich mich zu allen weiteren Fragen bei der Impfärztin/ dem Impfarzt informieren kann und habe keine weiteren Fragen.

Die Datenschutzinformation gemäß Artikel 13 DSGVO

(verfügbar über nebenstehenden QR-Code oder
<https://www.gesundheitsamt.bremen.de/datenschutz>) habe ich
zur Kenntnis genommen.



Mir/Uns ist bewusst, dass die Einwilligung zur Impfung die Erhebung und Dokumentation der personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten meines/ unseres Kindes erfordert. Ich/Wir können die Einwilligung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen bis zur Durchführung der Impfung widerrufen. Sie können den **Widerruf** mit dem Stichwort „MMR/V – Widerruf Impfung“ u. a. schriftlich an das Gesundheitsamt Bremen, Abteilung 3, Referat 30 – Infektionsepidemiologie, Horner Str. 60-70, 28203 Bremen oder per E-Mail an impfstelle@gesundheitsamt.bremen.de richten.

Hiermit willige ich/ willigen wir in die vom Gesundheitsamt Bremen angebotene MMR/V-Impfung meines/ unseres Kindes ein. Ich bin vertretungsberechtigt für die weitere sorgeberechtigte Person oder alleine sorgeberechtigt.

Ort, Datum	Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten
------------	---

Für die Impfung relevante Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes

1. Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

2. Muss Ihr Kind ständig oder häufig Medikamente einnehmen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

3. Hat Ihr Kind eine Allergie oder traten nach einer Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
4. Besteht bei Ihrem Kind eine Immunmangelkrankheit (erworben, angeboren, durch Medikamente bedingt)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
5. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft bei Ihrem Kind? Ja Nein

Schweigepflichtentbindung für Rückfragen an die behandelnde Arztpraxis

Ich/Wir _____ (*Name, Vorname, Geburtsdatum*)

entbinde/n folgende/n Arzt/ Ärztin von der Schweigepflicht:

_____ (*Name, Adresse, Telefonnummer*).

Das Schulimpfteam des Gesundheitsamts Bremen darf mit der genannten Arztpraxis personenbezogene- und gesundheitsbezogene Daten von meinem/unserem Kind austauschen, sofern diese für die MMR/V-Impfung relevant sein können. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (siehe Kontaktdaten weiter unten).

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Haben Sie Fragen?

Rufen Sie an oder schreiben Sie eine E-Mail.

Do You have any questions?

Please call or send an e-mail.

① 0421 361 – 15143 Montag – Freitag 8:00 – 15:30 Uhr
impfstelle@gesundheitsamt.bremen.de

Gesundheitsamt Bremen

Infektionsepidemiologie

Horner Str. 60-70,

28203 Bremen