Fragen und Einverständniserklärung Grippeschutzimpfung

|  |
| --- |
| **Name: Geb.:** |
| Vorname: |
| Anschrift: |
| Tel.: Mobil: |

Fragen und Hinweise bei Impfungen mit inaktivierten Impfstoffen/Totimpfstoffen (z.B. Grippe, etc.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Frage** |  | **Ja** | **Nein** |
| Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung? |  |  |  |
| Leiden Sie an einer anderen schweren Erkrankung, Immunschwäche (erworben, angeboren oder durch Medikamente bedingt (z.B. Cortison)? |  |  |  |
| Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden? |  |  |  |
| Ist bei Ihnen eine Allergie (z.B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika, etc.) bekannt?  Wenn ja, welche: |  |  |  |
| Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? |  |  |  |
| Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? |  |  |  |

Einverständniserklärung und Aufklärung zur Impfung gegen Influenza („Grippe“)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich bin im Gespräch und unter Verwendung des Aufklärungsbogens / Merkblatts ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden. |  |  |
| Ich habe keine weiteren Fragen |  |  |
| Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein |  |  |

Anmerkungen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Impfstoff | li. Ob.A | re.Ob.A | im |
|  |  |  |  |  |

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient Unterschrift Arbeitsmedizin