

ANAMNESE UND EINVERSTÄNDNIS GRIPPE- / INFLUENZAIMPfung

(inaktivierte, trivalente Impfstoffe)



Name der zu impfenden Person

Name, Vorname Geburtsdatum
Anschrift
Telefon / Mobil

Fragen und Hinweise bei Impfungen mit inaktivierten, trivalenten Influenzaimpfstoffen

1. Besteht bei der zu impfenden Person eine akute Erkrankung? ja nein
2. Leidet die zu impfende Person an einer anderen schweren Erkrankung? ja nein
wenn ja, welche:.....
3. Leidet die zu impfende Person an einer Blutgerinnungsstörung oder nimmt blutverdünnende Medikamente ein? ja nein
4. Ist bei der zu impfenden Person eine Allergie (z. B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika) bekannt? ja nein
wenn ja, welche:.....
5. Traten bei der zu impfenden Person nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? ja nein
wenn ja, welche:.....
6. Bei Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Vermerke

Ich bin von meiner Ärztin / meinem Arzt bzw. der Apothekerin / dem Apotheker

im Gespräch ausführlich über die Grippe- / Influenzaimpfung aufgeklärt worden.

im Gespräch und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblatts ausführlich über die Grippe- / Influenzaimpfung aufgeklärt worden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Grippe- / Influenzaimpfung mit inaktiviertem, trivalenten Impfstoff ein.

Ich lehne die Grippe- / Influenzaimpfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Ort Datum

.....
Unterschrift der zu impfenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretungsperson

.....
Unterschrift meiner Ärztin / meinem Arzt bzw. der Apothekerin / dem Apotheker

