

Erklärung zur Gripeschutzimpfung

Sehr geehrte Damen. Sehr geehrte Herren.

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und sind für die geplante Impfung erforderlich. Die **gewissenhafte** und **vollständige** Beantwortung der Fragen liegt daher in Ihrem eigenen Interesse. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte schreiben Sie deutlich und kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen auch deutlich an.

Familienname, Vorname, Geb.-Datum	
Arbeitgeber	

Ich wurde schon einmal gegen Grippe geimpft. Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie bei / nach vorhergehenden Impfungen (egal welche) gesundheitliche Probleme, insbesondere allergische Reaktionen (Hautausschläge, Atemnot, Anschwellen von Gesicht und Zunge)?

Bei mir gab es Impfreaktionen. Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, Beschreibung der Symptome:

Bestehen bei Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeiten (z.B. Hühnereiweiß/ Formaldehyd)?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Ich hatte in den letzten Wochen eine akute, insbes. fiebrige Erkrankung. Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein. Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Nur Frauen: sind Sie schwanger? Ja ☐ Nein ☐

Ich habe die Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza (Grippe) gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit dem Arzt zu klären sowie von ihr/ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

☐ Weitere Fragen habe ich keine.

☐ Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfung einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift des Impflings

Dokumentation		
Impfstoff und Charge	Impfdatum	Unterschrift d. Arztes