

Einverständniserklärung zur Durchführung der Impfung gegen Grippe (Influenza): Grippe (Influenza) inaktivierter tetravalenter Normaldosisimpfstoff Grippe (Influenza) inaktivierter tetravalenter Hochdosis-Impfstoff

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Damit der Arzt/die Ärztin entscheiden kann, ob Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung geimpft werden können, bitten wir Sie, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen:

Zeichen akuter Erkrankung/en (z.B. fieberhafter Infekt):

 nein ja, folgende: _____

Schwere chronische Erkrankung/en (auch z.B. Krampfleiden):

 nein ja, folgende: _____

Einnahme von Medikamenten oder Behandlungen, die stark auf das Immunsystem wirken, innerhalb der letzten drei Monate, wie z.B. Kortison, Gammaglobuline, Immunsuppressiva:

 nein ja, folgende: _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein z. B. Marcumar, Falithrom, Heparin:

 nein ja, folgende: _____

Bestehen Allergien, z.B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika, andere:

 nein ja, folgende: _____

Bisherige Impf-Komplikation/en (z.B. allergische Reaktionen, hohes Fieber)

 nein ja, folgende: _____

Andere Impfung/en in den vergangenen 4 Wochen:

 nein ja, folgende: _____

Besteht eine Schwangerschaft

 nein ja

Alle von uns empfohlenen Impfungen sind sehr gut verträglich und bieten eine hohe Wirksamkeit. Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie dennoch über alle jemals aufgetretenen Nebenwirkungen aufklären.

Jede Impfung kann Lokalreaktionen wie Schmerzen, Rötungen, Schwellungen und Verhärtungen an der Injektionsstelle hervorrufen. Auf dieser Einverständniserklärung wurde die für Sie vorgesehene Impfung markiert. Bitte lesen Sie die Informationen aus der beigefügten Impfaufklärung vor der Impfung aufmerksam durch.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO für Patient*innen ab 60 Jahren den tetravalenten Hochdosis-Impfstoff empfiehlt, ich mich aber auch mit einem anderen tetravalenten Impfstoff impfen lassen kann. Ich habe mich im Aufklärungsbogen „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit Vierfachimpfstoff (tetravalenter Impfstoff)“ gründlich informiert und hatte Gelegenheit im Gespräch weiterführende Informationen zu erhalten. Es bestand ausreichend Gelegenheit, Fragen zu erörtern. Ich bin mit der Durchführung der Impfung mit oben genanntem Impfstoff einverstanden.

Ich wünsche eine Kopie dieses Formulars

 ja nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Optionale Angabe:

Datum der Impfung _____ Chargen-Aufkleber

Ort der Impfung - Oberarm: links rechts sc i.m.

Stempel/ Unterschrift Arzt _____

delegiert an Assistenz: Name, Vorname _____