

Einwilligung zur Gripeschutzimpfung 2019/20

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>														
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						
Sozialversichert bei:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 16.6%;"></td> </tr> </table>							<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">T</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">J</td> <td style="width: 16.6%; text-align: center;">J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J		
T	T	M	M	J	J											
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:																
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)																

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt, – speziell gegen Hühnereiweiß, Neomycin, Formaldehyd oder Octoxynol-9? (in Spuren enthalten in Vaxigrip ®)? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Besteht bei der zu impfenden Person eine chronische Erkrankung z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Bekommt die zu impfende Person derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer eingreifenden Behandlung (z.B. Operation) unterziehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Ist die zu impfende Person schwanger ? (In diesem Fall ist die Impfung besonders empfohlen!) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Gripeschutzimpfung sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung sowie der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.

Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Verwendeter Impfstoff: Vaxigrip tetra

.....
Datum

.....
Unterschrift

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

Ärztliche Anmerkungen: