

ANAMNESE

Schutzimpfung gegen Grippe mit tetravalentem Impfstoff

Bitte bringen Sie Ihren
Impfpass mit.

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Anschrift (Straße/PLZ): _____

Geburtsdatum: _____

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

3. Sind bei Ihnen in der Vergangenheit ungewöhnliche Reaktionen nach Impfungen aufgetreten?

ja

nein

Wenn ja, welche: _____

4. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Wenn ja, welche? _____

5. Sind Sie schwanger? (Eine Impfung wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen, ist aber immer erlaubt.)

ja, SSW.....

nein

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen Grippe (s.o.)

Persönliche Daten der zu impfenden Person:
Siehe oben

Die Grippeimpfung ist gut verträglich. Nach der Impfung mit inaktiviertem Impfstoff (Totimpfstoff) kann es durch die Anregung der körpereigenen Abwehr zu einer Rötung oder Schwellung an der Einstichstelle kommen, die auch Schmerzen kann. Ebenso können in den ersten drei Tagen nach der Impfung Allgemeinsymptome wie beispielsweise Fieber, Frösteln oder Schwitzen, Müdigkeit, Kopf- oder Muskelschmerzen auftreten. Solche Impfreaktionen klingen in der Regel nach wenigen Tagen folgenlos wieder ab. Schwere Nebenwirkungen sind sehr selten. Bei weniger als einem von 10.000 Geimpften wurden allergische Reaktionen an der Haut und in den Bronchien beobachtet.

Ich hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meinem impfenden Apotheker und willige in die vorgeschlagene Grippeimpfung ein nicht ein.

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person, oder

Unterschrift des impfenden Apothekers

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuer/in)