



*Internistische Gemeinschaftspraxis
Bad Schwartau – Stockelsdorf*

Einverständniserklärung Impfung gegen Influenza-Virus („saisonale Grippe“)

Vorname & Name

Geburtsdatum

Telefonnummer (Im Falle von Terminverschiebungen aufgrund von Liefer-Engpässen beim Impfstoff)

Vor der Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Abgaben gebeten:

1. Sind Sie erkältet (mit Fieber)? Nein Ja
2. Ist bei Ihnen eine Hühnereiweißallergie bekannt? Nein Ja
3. Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen auf? Nein Ja
4. Nehmen Sie zur Zeit blutverdünnende Medikamente ein? Nein Ja

Bei Fragen oder Unsicherheiten wenden Sie sich gerne an unser Team.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Impfung gegen das Influenzavirus, ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ich habe das in der Praxis ausliegende Aufklärungsmerkblatt des Robert-Koch-Instituts gelesen / zur Kenntnis genommen und habe keine weiteren Fragen zur Impfung. Ich habe den Inhalt des Merkblattes (Impfung, Impfstoff, Impfreaktion) zur Kenntnis genommen.

Mir ist bewusst, dass die Impfung - wie jede andere Impfung auch - möglicherweise zu Impfreaktionen führen kann. Hierzu zählen Schmerzen, Schwellung und Rötung an der Einstichstelle, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und Schüttelfrost, Gelenkschmerzen, Übelkeit, Lymphknotenschwellungen, Schlaflosigkeit, Ausschlag, Nesselsucht. Extrem selten sind: stärkere Überempfindlichkeitsreaktion. Sehr selten sind: allergische Sofortreaktion bis hin zum Schock oder auch andere bisher nicht bekannte Komplikationen.

Mir ist bewusst, dass ich mich bei ungewöhnlichen Reaktionen umgehend in ärztliche Behandlung zu begeben habe.

Ich bin nicht schwanger.

Ich habe derzeit kein Fieber über 38,5°C oder andere Hinweise auf einen schweren Infekt. Ich kann vor der Impfung einen Termin für ein Aufklärungsgespräch über die anstehende Impfung vereinbaren. Derzeit habe ich keine weiteren Frage zur Impfung.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Impfung gegen das Influenzavirus, ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.

Bad Schwartau, _____

Datum

Unterschrift der zu impfenden Person
bzw. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung