

Erklärung zur Gripeschutzimpfung

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Allergie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche? _____		
Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	☐ Ja	☐ Nein
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar®?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie schwanger?	☐ Ja	☐ Nein

Ich, _____,

geboren am _____,

wurde darüber aufgeklärt, dass

- ☐ die STIKO für Patient*innen ab 60 Jahren einen Influenza-Hochdosis- oder einen MF-59 adjuvantierten Influenza-Impfstoff empfiehlt.
- ☐ die STIKO für Patient*innen unter 60 Jahren einen anderen saisonalen Influenza-Impfstoff empfiehlt.

Ich wurde zur Impfung mit dem Influenza-Impfstoff gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/meiner Apotheker*in zu klären sowie von ihm/ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Hochdosis-Impfstoff/einem MF-59 adjuvantierten Influenza-Impfstoff/einem anderen saisonalen Influenza-Impfstoff einverstanden (*entsprechendes bitte unterstreichen*).
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Ort. Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers