

Erklärung zur Gripeschutzimpfung

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmacht oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)? ☐ Ja ☐ Nein

Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen z.B. Marcumar, ASS,... ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie aktuell schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Andere Anmerkungen:

Ich, _____,

geboren am _____,

willige ein, dass ich mich mit einem der folgenden Gripeschutzimpfungen gem. STIKO Empfehlung impfen lasse:

☐ **ab 60 Jahren:** Influenza Hochdosis- oder MF-59 adjuvantierter Influenza Impfstoff

☐ **unter 60 Jahren:** einfacher saisonaler (trivalenter) Impfstoff

Ich wurde 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

Ort, Datum: _____

Unterschrift der/des **Geimpften**
bzw. des/der **Sorgeberechtigten**

Unterschrift der/des impfenden
Apothekerin/Apothekers

Chargendokumentation: