

**Einverständniserklärung zur Durchführung der Impfung gegen Grippe (Influenza):**

- Grippe (Influenza) inaktivierter tetravalenter Normaldosisimpfstoff
- Grippe (Influenza) inaktivierter tetravalenter Hochdosis-Impfstoff

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Damit der Arzt/die Ärztin entscheiden kann, ob Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung geimpft werden können, bitten wir Sie, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen:

Zeichen akuter Erkrankung/en (z.B. fieberhafter Infekt):

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Schwere chronische Erkrankung/en (auch z.B. Krampfleiden):

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Einnahme von Medikamenten oder Behandlungen, die stark auf das Immunsystem wirken, innerhalb der letzten drei Monate, wie z.B. Kortison, Gammaglobuline, Immunsuppressiva:

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein z. B. Marcumar, Falithrom, Heparin:

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien, z.B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika, andere:

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Bisherige Impf-Komplikation/en (z.B. allergische Reaktionen, hohes Fieber)

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Andere Impfung/en in den vergangenen 4 Wochen:

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft

- nein  ja

Alle von uns empfohlenen Impfungen sind sehr gut verträglich und bieten eine hohe Wirksamkeit. Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie dennoch über alle jemals aufgetretenen Nebenwirkungen aufklären.

Jede Impfung kann Lokalreaktionen wie Schmerzen, Rötungen, Schwellungen und Verhärtungen an der Injektionsstelle hervorrufen. Auf dieser Einverständniserklärung wurde die für Sie vorgesehene Impfung markiert. Bitte lesen Sie die Informationen aus der beigefügten Impfaufklärung vor der Impfung aufmerksam durch.

**Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO für Patient\*innen ab 60 Jahren den tetravalenten Hochdosis-Impfstoff empfiehlt, ich mich aber auch mit einem anderen tetravalenten Impfstoff impfen lassen kann. Ich habe mich im Aufklärungsbogen „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit Vierfachimpfstoff (tetravalenter Impfstoff)“ gründlich informiert und hatte Gelegenheit im Gespräch weiterführende Informationen zu erhalten. Es bestand ausreichend Gelegenheit, Fragen zu erörtern. Ich bin mit der Durchführung der Impfung mit oben genanntem Impfstoff einverstanden.**

Ich wünsche eine Kopie dieses Formulars

- ja  nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Optionale Angabe:

Datum der Impfung \_\_\_\_\_ Chargen-Aufkleber

Ort der Impfung - Oberarm: links  rechts  sc  i.m. 

Stempel/ Unterschrift Arzt \_\_\_\_\_

delegiert an Assistenz: Name, Vorname \_\_\_\_\_