



Im Rahmen dieser Einverständniserklärung wird die vollständige Impfberatung dokumentiert. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, damit wir entsprechende Risikofaktoren erkennen können. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an das Praxispersonal.

Vorname, Name:

Geb. Datum:

Ja Nein

Bestehen bei Ihnen Allergien?
Wenn ja, welche?

Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?
Wenn ja, welche?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine akute Erkrankung?
Wenn ja, welche?

Haben Sie in den vergangenen 4 Wochen eine Impfung erhalten?
Wenn ja, welche?

Haben Sie eine chronische Erkrankung oder leiden Sie an einer Immunschwäche? (Chemotherapie, Cortison, Rheumatherapie oder andere Medikamente)

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, Thrombosen oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?

Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

Führen Sie gerade eine Hypersensibilisierung durch?

Haben Sie noch offene Fragen zu der Grippe Schutzimpfung?
Wenn ja, welche?

Ich wurde zu der Grippeimpfung umfassend aufgeklärt und hatte Gelegenheit eventuelle Unklarheiten im Gespräch mit der u. g. Arzt / Ärztin zu klären, sowie weiterführende Informationen zu erhalten.

Ich bin mit der Durchführung der Grippeimpfung einverstanden.

.....
Datum, Unterschrift Patient

.....
Datum, Unterschrift Arzt

Wir empfehlen Ihnen aufgrund sehr seltenen allergischen Reaktionen nach der Impfung noch ca. 15 min im Wartezimmer, oder unter Aufsicht einer Begleitperson in unmittelbarer Nähe der Praxis ca. 15 min zu warten.

Erstellt von: PM	Geprüft von: MV	Freigegeben von: MV
Erstellt am: 05.11.2021	Geprüft am: 06.11.2021	Freigegeben am: 06.11.2021
Version:3	Seite 1 von 1	Letze Änderung: 06.11.2021