

Erklärung zur Gripeschutzimpfung

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