

Einwilligung zur Gripeschutzimpfung

Vor- und Familienname des Impflings:	männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>										
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Sozialversichert bei:		T T M M J J										
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:												
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)												

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie in den letzten 14 Tagen Anzeichen einer Krankheit bemerkt?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Sind bei einer früheren Impfung ernste Nebenwirkungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Ist beim Impfling eine Allergie bekannt – speziell gegen Hühnereiweiß ,
Neomycin, Formaldehyd oder Octoxynol-9? (in Spuren enthalten in Vaxigrip ®)
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Besteht beim Impfling eine chronische Erkrankung , Immunschwäche,
Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung?
Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Nimmt der Impfling regelmäßig Medikamente ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, andere: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich bestätige, dass ich die beiliegende Gebrauchsinformation sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde dort über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Kontraindikationen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden.

Mir wurde die Gelegenheit geboten, offene Fragen mit der Ärztin / dem Arzt zu besprechen: Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt.

Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

.....
Datum
Unterschrift

HINWEIS:

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Zustimmungserklärung eines Elternteiles bzw. der Person, die mit der Pflege und Erziehung betraut ist, einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.