

**Einverständniserklärung zur Influenza-Impfung / COVID-19-Impfung**

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen:	Ja	Nein
Sind Sie gegenwärtig frei von Erkältungssymptomen und anderen akuten Erkrankungen?	☐	☐
Wurde die letzte Impfung gegen Grippe (Influenza) gut vertragen?	☐	☐
Hatten Sie nach vorhergehenden Impfungen gesundheitliche Probleme? (z.B. hohes Fieber, Hautausschläge, Atemnot, Anschwellen von Gesicht und Zunge o.ä.)	☐	☐
Der Impfstoff enthält Spuren von: (Hühnereiweiß/Ovalbumin, Formaldehyd, Gentamicinsulfat, Natriumdesoxycholat) Reagieren Sie auf einen dieser Inhaltsstoffe allergisch?	☐	☐
Haben Sie weitere Allergien? Wenn ja, welche?	☐	☐
Wird bei Ihnen gerade eine Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt?	☐	☐
Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?	☐	☐
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	☐	☐

Ich habe den Inhalt der folgenden Information/en **gründlich durchgelesen** und hatte Gelegenheit, **Unklarheiten** im Gespräch **zu klären** sowie **weiterführende Informationen zu erhalten**.

☐ „Impfung gegen Influenza (Grippe)“

☐ „Impfung gegen COVID-19“

Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Vom Impfteam des Gesundheitsamtes auszufüllen:

Fragen zur Impfung konnten ausreichend geklärt werden/

keine weiteren Fragen: ☐

Aufklärender Arzt:

Impfstoff: Influsplit: ☐

Eflueda: ☐

Comirnaty: ☐

Charge:

Impfender Arzt:

Impfort: ☐ Oberarm links

☐ Oberarm rechts

Besonderheiten: