



## **Einverständniserklärung zur Influenza-Impfung**

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen:

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

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

Ich habe den Inhalt der Information „Impfung gegen Influenza (Grippe)“ **gründlich durchgelesen** und hatte Gelegenheit, **Unklarheiten im Gespräch zu klären** sowie **weiterführende Informationen zu erhalten**.

**Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.**

⇒ **Bitte beachten Sie:** Aufgrund sehr selten auftretender **allergischer Reaktionen** wird empfohlen, nach der Impfung für **ca. 30 min.** in der Impfstelle oder unter ärztlicher Aufsicht zu verbleiben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Vom Impfteam des Gesundheitsamtes auszufüllen:**

Fragen zur Impfung konnten ausreichend geklärt werden/

keine weiteren Fragen:

**Aufklärender Arzt:**

**Impfstoff:** Influsplit:

Efluelda:

**Charge:**

**Impfender Arzt:**

**Impfort:**  Oberarm links

Oberarm rechts

**Besonderheiten:**

**Bearbeiter:**

Aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie sind wir als Gesundheitsamt des Kreises Stormarn verpflichtet, Ihren aktuellen Gesundheitsstatus abzufragen und Ihre Kontaktdaten zu erheben. Diese werden dann von den o.g. Daten separat und 4 Wochen lang aufbewahrt.

**Wir möchten Sie daher bitten, die erforderlichen Daten erneut auszufüllen, zu unterschreiben und am Tag der Impfung bei uns abzugeben.**

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

(sofern vorhanden)

**Erklärung:**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich zurzeit weder grippeähnliche Symptome wie z.B. Fieber, Atembeschwerden, Husten, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen etc. aufweise, noch an einer Atemwegsinfektion leide.**

---

Datum (tagesaktuell vom Tag des Impfens)

Unterschrift

---

---

Uhrzeit von – bis (vom Impfteam auszufüllen)