



Einverständniserklärung zur Influenza-Impfung / COVID-19-Impfung

Bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

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

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:** **Efluelda:** **Comirnaty:**

Charge:

Impfender Arzt:

Impfort: Oberarm links
 Oberarm rechts

Besonderheiten: