



Einverständniserklärung Impfung gegen Influenza A(H1N1)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... **Telefon:**.....

Straße:.....

PLZ:..... Ort:.....

Kassen-Nr. (lt. Versicherungskarte):..... **Versicherten-Nr.** (lt. Versicherungskarte):.....

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich in einer Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung, im Rettungsdienst, bei der Berufsfeuerwehr oder der Polizei arbeite.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich an einer Krankheit leide, wegen der ich bevorzugt geimpft werden kann (die einzelnen Erkrankungen sind im Aufklärungsbogen aufgeführt).
- Ich gehöre zu keiner der beiden Gruppen.

Ich wünsche ein Arztgespräch ja nein

Ich habe Fieber (Körpertemperatur über 38°C) ja nein

Ich habe schon einmal nach einer Impfung eine Allergie bekommen ja nein

Ich bin überempfindlich gegen Hühnereiweiß ja nein

Ich nehme blutverdünnende Medikamente ja nein

Ich bin schwanger ja nein

Ist dies heute die erste oder zweite Impfung gegen die Neue Grippe („Schweinegrippe“) 1. Impfung
 2. Impfung

Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden. ja nein

Ich möchte eine Simultanimpfung gegen die „normale“ Grippe ja nein

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden ja nein

Datum und Unterschrift: Patient.....

Name und Unterschrift des Arztes.....

Impfdokumentation (von der Impfstelle auszufüllen)

Impfstoff:

1. Dosis Datum..... Chargen-Nr.....

2. Dosis Datum..... Chargen-Nr.....

Adresse der Impfstelle (Stempel)