

Erklärung zur Gripeschutzimpfung für Personen ab 60 Jahren

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? ¹ _____		
Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar®?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),

Telefon (freiwillig) _____, E-Mail (freiwillig) _____,

krankenversichert bei _____, Versichertennummer _____,

wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO für Patient*innen ab 60 Jahren den tetravalenten Hochdosis-Impfstoff empfiehlt, ich mich aber auch mit einem anderen tetravalenten Impfstoff impfen lassen kann. Ich habe mich im Aufklärungsbogen:

- „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit Hochdosis-Impfstoff für Personen ab 60 Jahren“,
- „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit Vierfachimpfstoff (tetravalenter Impfstoff)“

gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker/in zu klären sowie von ihr/ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Hochdosis-Impfstoff einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Vierfachimpfstoff einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfungen **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Anmerkungen:

¹ Fragen Sie gezielt nach Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffs - sofern ein Impfstoff appliziert werden soll, der mit Hilfe von embryonierten Hühnereiern gewonnen wurde - insbesondere nach Hühnereiweiß, Gentamicin und Neomycin. Liegt eine solche Allergie vor, kann alternativ auf einen zellkulturbasierten Impfstoff zurückgegriffen werden.

