

Erklärung zur Impfung gegen (Influenza) Grippe

Name: Vorname.....

Geburtsdatum: Krankenkasse u. Versicherten-Nr.

Beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Sind sie gegenwärtig gesund? ja nein
2. Ist bei Ihnen eine Allergie (insb. Hühnereiweiß) bekannt? ja nein
3. Traten bei Ihnen nach früherer Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? ja nein
4. Nur bei Frauen: Sind Sie schwanger?
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

Für statistische Zwecke:

5. In welchem Beruf sind Sie genau beschäftigt?

6. Wo genau arbeiten Sie (Abteilung, Station, Institut)?

- Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die **Impfung gegen Influenza (Grippe)** ein.
- Ich habe weitere Fragen:.....
- Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche nachteilige Folgen wurde ich aufgeklärt.

Vermerke:

Über die Notwendigkeit der Impfung und ihre möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich habe das **Merkblatt "Aufklärung über die Impfung gegen Grippe (Influenza)" (siehe Rückseite)** und die medizinischen Fragen vollständig gelesen, verstanden und zutreffend beantwortet. Ich hatte die Möglichkeit, alle mich interessierenden Fragen mit der Ärztin/dem Arzt zu besprechen und habe keine weiteren Fragen.

Bitte bleiben Sie mind. 15 Min. nach der Impfung noch in der Wartezone, damit eventuell auftretende Nebenwirkungen direkt erkannt werden können!

Aachen, den

.....
Unterschrift Impfling bzw.
Erziehungsberechtigte/r

.....
Unterschrift Hochschulärztin/-arzt

Chargen-Nr.