Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung, Fragen zur Gesundheit

Name, Vorname

Geburtsdatum
dd/mm/yyyy

Anschrift

Ich habe das FI-Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen

Influenza (Grippe) mit Tot-Impfstoff (Standard / Hochdosis)

gründlich durchgelesen und hatte die Gelegenheit, Unklarheiten in einem ärztlichen Gespräch zu klären und weiterführende Informationen zu erhalten.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

○ Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden.

○ Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung nicht einverstanden

Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung bin ich informiert.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Gesundheit:

1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen? Haben Sie aktuell Fieber?
   ○ nein ○ ja,
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. für eine Immuntherapie oder zur Blutverdünnung)?
   ○ nein ○ ja,
3. Haben Sie Allergien (insbesondere gegen Hühnereiweiß oder Medikamente)?
   ○ nein ○ ja,
4. Trat nach einer Impfung schon einmal eine Schwäche oder Ohnmacht auf? ○ nein ○ ja
5. Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie? ○ nein ○ ja

Anmerkungen

Ort und Datum:

Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes / der Ärztin bzw. des Apothekers / der Apothekerin

Bitte halten Sie zum Impftermin das Impfbuch bzw. den E-Impfpass bereit.

Vorsitzender: Dr. Nikolaus Frühwein
Stellvertreter: Prof. Dr. Gerhard Dobler / Dr. Markus Frühwein
Redaktion: Lena von Hesler
VR 17 195 www.forum-impfen.de

Sekretariat:
Brienner Str. 11
80333 München