

Influenza-Impfung 2024



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Fragen zur Impfung

Nein **Ja**

Hatten Sie bei oder nach vorhergehenden Impfungen (egal welche) gesundheitliche Probleme, insbesondere allergische Reaktionen (Hautausschläge, Atemnot, Anschwellen von Gesicht oder Zunge)?

Reagieren Sie allergisch auf Hühnereiweiß, Formaldehyd, Neomycin oder Octoxinol 9 (Zutreffendes bitte unterstreichen)?

Haben Sie momentan gesundheitliche Beschwerden (Fieber, Infekt)?

Besteht bei Ihnen eine Erkrankung des Immunsystems? Nehmen Sie gerade (oder in den letzten drei Monaten) Medikamente ein, die die Immunabwehr unterdrücken, z. B. Kortison?

Führen Sie gerade eine Hyposensibilisierung durch (zwischen der Impfung und der letzten Hyposensibilisierungsspritze sollten ein bis zwei Wochen liegen)?

Ist bei Ihnen in den nächsten zwei Wochen eine Operation geplant?

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar) ein?

Nur Frauen: Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

Einwilligung

Ich habe den Inhalt der Information "Kurz & knapp: Influenza-Impfung" des Robert Koch Instituts gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem Betriebsarzt zu klären, sowie von ihm weiterführende Informationen zu erhalten. Über die Risiken und Nebenwirkungen bin ich ausreichend informiert worden. Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der Influenza-Impfung einverstanden.

Datum:

Unterschrift:

Bitte händigen Sie den ausgefüllten Fragebogen aus Datenschutzgründen direkt dem Betriebsarzt aus!