Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung, Fragen zur Gesundheit

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ich habe das FI-Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen Influenza (Grippe) mit Tot-Impfstoff (Standard u. Hochdosis) sowie die allgemeinen Hinweise zu Schutzimpfungen 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 Erkrankungen? Haben Sie aktuell Fieber?
   ☐ nein ☐ ja, _____
2. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?
   ☐ nein ☐ ja, _____
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. für eine Immuntherapie oder zur Blutverdünnung)?
   ☐ nein ☐ ja, _____
4. Haben Sie Allergien (insbesondere gegen Hühnereiweiß oder Medikamente)?
   ☐ nein ☐ ja, _____
5. Wurden Sie in den vergangenen vier Wochen geimpft? (Wenn ja, mit welchem Impfstoff?)
   ☐ nein ☐ ja, _____
6. Trat nach einer Impfung schon einmal eine Schwäche oder Ohnmacht auf?
   ☐ nein ☐ ja, _____
7. Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie?
   ☐ nein ☐ ja, _____

Anmerkungen: _____
_____

Ort und Datum _____

Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten _____

Unterschrift des Arztes / der Ärztin _____

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