

BG prevent Gesundheitszentrum

Datum

Name der zu impfenden Person

Vorname, Nachname Geburtsdatum

Anschrift (privat)*

Telefonnummer E-Mail-Adresse

*Hinweis: Sie können wählen, wie Sie ggf. erreichbar sein wollen (privat oder dienstlich)

Angaben Arbeitgeber

Name des Unternehmens

Anschrift

Fragen und Hinweise bei Impfungen mit inaktivierten Influenza-Impfstoffen

1. Besteht bei der zu impfenden Person eine akute Erkrankung? ja nein
2. Leidet die zu impfende Person an einer anderen schweren Erkrankung? ja nein
wenn ja, welche:
3. Leidet die zu impfende Person an einer Blutgerinnungsstörung oder nimmt blutverdünnende Medikamente ein? ja nein
4. Hat die zu impfende Person eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden? ja nein
5. Ist bei der zu impfenden Person eine Allergie (z. B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika) bekannt? ja nein
wenn ja, welche:
6. Traten bei der zu impfenden Person nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? ja nein
wenn ja, welche:
7. Bei Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Impfdokumentation – wird durch die BG prevent GmbH ausgefüllt					Injektion in Oberarm			
Dosis	Datum	Impfstoff	Chargen-Nr.	Impfärztin / Impfarzt	re	li	sc	im
1								

Vermerke

Ich bin von meiner Impfärztin / meinem Impfarzt im Gespräch

und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblatts ausführlich über die Grippe-/Influenzaimpfung aufgeklärt worden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Grippe- / Influenzaimpfung ein.

Ich lehne die Grippe-/Influenzaimpfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zweck der Abrechnung sowie zur Bestätigung meiner Anwesenheit bei der Impfärztin / dem Impfarzt meine Daten, wie z. B. Name, Geburtsdatum, arbeitsmedizinische Leistung (keine Befunde / Diagnosen), an den Arbeitgeber / die Abrechnungsstelle (auch elektronisch) übermittelt werden und entbinde insoweit die Impfärztin / den Impfarzt der BG prevent GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht. Die vorstehenden Erklärungen werden freiwillig abgegeben. Sie können jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Es gilt die Datenschutzerklärung der BG prevent GmbH (<https://www.bg-prevent.de/ds>).

Name der zu impfenden Person Ort Datum

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretungsperson

Unterschrift der Impfärztin / des Impfarztes

» Wir bitten Sie, nach der Impfung noch 15 Minuten im Wartebereich zu bleiben. «