



Einverständniserklärung Impfung gegen Influenza A (H1N1)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ:

Ort:

Kassen-Nr. (lt. Versicherungskarte):

Versicherten-Nr. (lt. Versicherungskarte):

-
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich in einer Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung, im Rettungsdienst, bei der Berufsfeuerwehr oder Polizei arbeite.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich an einer Krankheit leide, wegen der ich bevorzugt geimpft werden kann (die einzelnen Erkrankungen sind im Aufklärungsbogen aufgeführt).
- Ich gehöre zu keiner der beiden Gruppen.

-
- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich wünsche ein Arztgespräch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe Fieber (Körpertemperatur über 38 ° C) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich habe schon einmal nach einer Impfung eine Allergie bekommen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin überempfindlich gegen Hühnereiweiß | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich nehme blutverdünnende Medikamente | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin schwanger | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich wünsche ein Arztgespräch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist dies heute die erste Impfung gegen die Neue Grippe („Schweinegrippe“) | <input type="checkbox"/> 1. Impfung | <input type="checkbox"/> 2. Impfung |

Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden.

Datum und Unterschrift: _____

Impfdokumentation (von der Impfstelle auszufüllen)

Impfstoff:

- | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------|--------------|
| 1. Dosis: | <input type="checkbox"/> | Datum: _____ | Chargen-Nr.: |
| 2. Dosis: | <input type="checkbox"/> | Datum: _____ | Chargen-Nr.: |

Adresse der Impfstelle (Stempel)

Name und Unterschrift des Arztes:
(Original für Impfung, Durchschrift für Impfstelle)