



Version 1.0	Impfeinverständnis Zuletzt geändert am 31.08.2023
----------------	--

## Einverständnis zur Gripeschutz-Impfung

**Vor Durchführung der Impfung wird um folgende Angaben gebeten:**

Besteht zur Zeit ein fieberhafter Infekt ?  ja  nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein,  nein

z.B. ASS 100, Eliquis, Pradaxa, Marcumar, Apixaban  
( bitte Zutreffendes unterstreichen ) ?  ja

Besteht eine Allergie gegen Hühnereiweiß, Quecksilberverbindungen oder  
Formaldehyd?  ja  nein

Sind Sie Links-  oder Rechtshänder  ?

Ist die Impfung beruflich notwendig?  ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Wurden Sie in den letzten 14 Tagen geimpft ?  ja  nein

### Mögliche Impfreaktionen nach Impfungen :

Schmerzen, Rötung, Schwellung, Muskelschmerzen, allgemeine Müdigkeit,  
Kopfschmerzen, Erkältungsanzeichen, Fieber

1-3 Tage nach der Impfung sollten körperliche Anstrengungen vermieden werden.

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Charge: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

Erstellt: R.Schlichting	Geprüft: R. Busse	Freigegeben: 31.08.2023
-------------------------	-------------------	-------------------------