**Einverständnis zur Impfung gegen ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Besteht zur Zeit ein fieberhafter Infekt ? O ja O nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? O ja O nein

Besteht eine Allergie gegen Hühnereiweiß, Quecksilberverbindugen oder Formaldehyd? O ja O nein

Sind Sie Links- O oder Rechtshänder O ?

**Information zur Impfung**

Nach der Impfung können Reaktionen, auch an der Einstichstelle, auftreten.

Diese umfassen u.a. :

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: