



Durchführung Gripeschutzimpfung

Name, Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

Anamnese:

Anmerkungen:

| Bitte ankreuzen | JA | NEIN |
|--|----|------|
| Leiden Sie an einer akuten oder chronischen Erkrankung? | | |
| Gibt es eine Abwehrschwäche durch Erkrankung, Bestrahlung oder Chemotherapie ? | | |
| Gibt es aktuell eine fieberhafte Erkrankung (innerhalb der letzten 14 Tage)? | | |
| Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? („Blutverdünner“?) | | |
| Hatten Sie früher eine Nerven- oder Hirnhautentzündung? | | |
| Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Hühnereiweiß? | | |
| Traten bei früheren Impfungen allergische Reaktionen auf? | | |
| Wurden Sie innerhalb der letzten 2 Wochen operiert? | | |
| Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie? | | |

*Das Merkblatt über die Gripeschutzimpfung habe ich gelesen/gesehen.
Ich habe keine weiteren Fragen.
Ich bin mit der Durchführung der Gripeschutzimpfung einverstanden.*

*Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (teilweise im
Rückerstattungsverfahren), privat Versicherte bezahlen vor Ort mit ec-Karte.*

*Mit der Speicherung meiner Daten, einschließlich der Angaben über die durchgeführten Impfungen im
Gesundheitsamt bin ich einverstanden. Einzelne Daten (Name, Geburtsdatum, medizinische Leistung)
dürfen zum Zwecke der Abrechnung an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Im Übrigen gelten die
Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) vom 25.05.2018.*

Ort, Datum

Unterschrift des Impflings

Unterschrift des Arztes