

Durchführung Gripeschutzimpfung

!!! Bitte leserlich ausfüllen !!!

Name, Vorname: _____

Geb.-datum: _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail-Adresse: _____ Rechnung per Postweg ☐ Rechnung per E-Mail: ☐

Vom Gesundheitsamt auszufüllen!

Datum
der Impfung

Aufkleber
Charge

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 Datenschutzgrundsatzverordnung (DSGVO) vom 25.05.2018.

Ort, Datum

Unterschrift des Impflings

Unterschrift u. Stempel des Arztes