

Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen Influenza

- tetravalenter Totimpfstoff -

(Standard-Impfstoff & Hochdosis-Impfstoff)

Gesundheit mit Weitblick

Adler-Apotheke • Markt 8
06773 Gräfenhainichen

Tel.: 034953 22031 • Fax: 29060

www.apotheke-ghc.de



Name, der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

Ja Nein

2. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie – insbesondere gegen Hühnereiweiß – bekannt?

Ja Nein

Sind bei Ihnen¹ andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?

Ja Nein

Wenn ja, welche:

3. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

Ja Nein

Wenn ja, wann:

4. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?²

Ja Nein

5. Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?²

Ja Nein

6. Sind Sie schwanger?^{1,2}

Ja Nein

¹ ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

² bei ja: Impfung beim Arzt

Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen Influenza

- tetravalenter Totimpfstoff -

(Standard-Impfstoff & Hochdosis-Impfstoff)



Name, der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem Impfarzt bzw. der Apothekerin/ dem Apotheker.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Influenza ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift des Apothekers

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin/Betreuer) angeben:

1 ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

2 bei ja: Impfung beim Arzt

Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen Influenza

- tetravalenter Totimpfstoff -

(Standard-Impfstoff & Hochdosis-Impfstoff)

Gesundheit mit Weitblick

Adler-Apotheke • Markt 8
06773 Gräfenhainichen

Tel.: 034953 22031 • Fax: 29060

www.apotheke-ghc.de



Name, Vorname:

Telefonnr.:

E-Mail:

1 ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

2 bei ja: Impfung beim Arzt