

Einwilligungserklärung zur Gripeschutzimpfung für Personen unter & ab 60 Jahren

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind bei früheren Impfungen allergische Reaktionen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar®?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),

krankenversichert bei _____, Versichertennummer _____,

wurde anhand des Informationsbogens „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker*in zu klären.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung einverstanden.
- Ich habe die „Datenschutzinformationen zur Schutzimpfung gegen Grippe“ zur Kenntnis genommen.
- Nur für Patient*innen ab 60 Jahren:** Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO den trivalenten **Hochdosis-Impfstoff** oder den MF95-adjuvierten Impfstoff für Personen über 60 Jahren empfiehlt.
- Nur für gesetzlich krankenversicherte Personen:** ich bin damit einverstanden, dass zur Erstattung der Impfstoffkosten and das KIT meine Daten (Vor-, Nachname, Geburtsdatum, Impfung) an meine Krankenkasse übermittelt werden.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Anmerkungen:

Ort, Datum: _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift des/der Apotheker*in