



Einverständniserklärung Impfung gegen die Neue Influenza A (H1N1), sog. „Schweinegrippe“

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name, Vorname:

geb. am: Telefon.:

wohnhaft:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich zu einer der folgenden Gruppen gehöre, die vorrangig geimpft werden sollen (*Bitte ankreuzen*):

- Ich arbeite in einer Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung, im Rettungsdienst, bei der Berufsfeuerwehr oder der Polizei.
- Ich leide an einer chronischen Krankheit, wegen der ich bevorzugt geimpft werden kann (die einzelnen Erkrankungen sind im Aufklärungsbogen aufgeführt).

Ich habe Fieber (Körpertemperatur über 38° C):	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe schon einmal nach einer Impfung eine Allergie bekommen:	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin überempfindlich gegen Hühnereiweiß:	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin schwanger:	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin jünger als 10 Jahre:	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin bereits einmal gegen „Schweinegrippe“ geimpft worden:	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein
Ich wünsche ein Arztgespräch:	<input type="checkbox"/> ja*	<input type="checkbox"/> nein

* Wenn Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben, kann eine Impfung nicht ohne weitere ärztliche Beratung / Untersuchung erfolgen. Bitte machen Sie in diesem Fall einen Termin in unserer Sprechstunde.

Wenn Sie alle Fragen mit „nein“ angekreuzt haben, lesen Sie bitte den nächsten Absatz und unterschreiben Sie dieses Formular. Sie können sich dann mit diesem Formular zur Impfung in unserer Praxis anmelden.

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden.

Essen, den

.....
(Unterschrift)

Impfdokumentation (von der Impfstelle auszufüllen):

Impfstoff:	Pandemrix®		
1. Dosis:	<input type="checkbox"/>	Datum:	Chargen-Nr.:
2. Dosis:	<input type="checkbox"/>	Datum:	Chargen-Nr.:

Essen, den

.....
(Unterschrift Impfarzt)