

ANAMNESE

Totimpfstoff

Zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)
- mit tetravalentem Totimpfstoff
(Standard-Impfstoff und Hochdosis-Impfstoff)
für Personen unter & ab 60 Jahren

Stand: 25.August.2022

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum Telefon

Anschrift

Krankenkasse

1. Ist dies Ihre erste Grippeimpfung?

ja nein

2. Sind bei früheren auch anderen Impfungen allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten?

ja nein

wenn ja, welche?

.....

3. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt, insbes. Hühnerei, Hühnerproteine, Formaldehyd, Cetrimoniumbromid, Polysorbat 80, Gentamicin?

ja nein

wenn ja, worauf?

.....

4. Haben Sie chronische Erkrankungen, wie z.B. Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, chronische Infekte, Immunschwäche, Asthma, Diabetes, Krebs, Nierenleiden, Nervenleiden?

ja nein

wenn ja, welche?

.....

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. ASS, Marcumar, sonstige „Blutverdünner“?

ja nein

wenn ja, welche?

.....

6. Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

ja nein

7. Besteht oder bestand kürzlich eine akute Erkrankung?

ja nein

wenn ja, welche?

.....

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Totimpfstoff

Zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)
- mit tetravalentem Totimpfstoff
(Standard-Impfstoff und Hochdosis-Impfstoff)
für Personen unter & ab 60 Jahren

Stand: 25.August.2022

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum Telefon

Anschrift

Krankenkasse

Nur für Patient*innen ab 60 Jahren: Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO (Ständige Impfkommission) den tetravalenten **Hochdosis-Impfstoff** für Personen ab 60 Jahren empfiehlt, ich mich aber auch mit einem anderen tetravalenten Impfstoff (Vierfachimpfstoff) impfen lassen kann.

Ich habe mich im Aufklärungsbogen „Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza) - mit tetravalentem Totimpfstoff (Standard-Impfstoff und Hochdosis-Impfstoff)“ gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker*in zu klären sowie von ihr/ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich bin mit der Durchführung der Impfung gegen Grippe einverstanden.

Ich habe die „Datenschutzinformationen zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)“ zur Kenntnis genommen.

Betrifft nur gesetzlich krankenversicherte Personen:

Ich bin einverstanden, dass zur Erstattung der Impfstoffkosten an das KIT meine Daten (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Impfung) an meine Krankenkasse übermittelt werden.

Ort, Datum:

.....

Unterschrift der zu impfenden Person

.....
Unterschrift des/der Apotheker*in

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
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuer*in)

.....
Leserlicher Name der berechtigten Person

Dokumentation: (von der Apotheke auszufüllen)

Impfstoff	Chargen-Nummer	Datum	re. o. li. Arm	Unterschrift Apoth.