ANAMNESE

Totimpfstoff

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

Stand: 12. September 2023

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. Sind Sie momentan schwer akut erkrankt? ○ ja ○ nein
   wenn ja, was genau?
   ……..

8. Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff? ○ ja ○ nein
   wenn ja, welchen?
   ……..

EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

Totimpfstoff

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

Stand: 12. September 2023

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 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.