

Grippeimpfung

Datum

Arbeitnehmer-Name, Vorname:

Arbeitgeber:

Geb.Dat.:

Anschrift:

Telefon:

Grippeimpfung

1. Besteht bei Ihnen eine akute Erkrankung?
 ja nein
2. Leiden Sie an einer anderen schweren Erkrankung?
 ja nein
Wenn ja, welche.....
3. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung od. nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 ja nein
4. Haben Sie eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden?
 ja nein
5. Ist bei Ihnen eine Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Antibiotika) bekannt?
 ja nein
Wenn ja, welche.....
6. Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?
 ja nein
Wenn ja, welche.....
7. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?
 ja nein

Einverständniserklärung

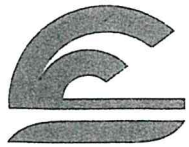
Name:.....geb.:.....

Durchführung Impfung (ankreuzen)

- Influenza / Grippe

Ich bin von meinem Arzt/Ärztin im Gespräch

- und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblatts Ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden.
- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.



Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz

Ich lehne die Impfung(en) ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Impfdokumentation:

Injektion Oberarm

Dosis	Datum	Impfstoff	Arzt	re	li	sc	im
Bemerkungen:							

Bitte bleiben Sie nach der Impfung noch 15 min im Wartebereich!

Unterschrift Impfling

Unterschrift Arzt/Ärztin