



## Einverständniserklärung Impfung gegen Influenza A (H1N1)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ:..... Ort:.....

Kassen-Nr. (lt. Versichertenkarte):..... Versicherten-Nr. (lt. Versichertenkarte):.....

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich in einer Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung, im Rettungsdienst, bei der Berufsfeuerwehr oder Polizei arbeite.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich an einer Krankheit leide, wegen der ich bevorzugt geimpft werden kann (die einzelnen Erkrankungen sind im Aufklärungsbogen aufgeführt).
- Ich gehöre zu keiner der beiden Gruppen.

- |   |                                     |                                     |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden                                  | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein       |
| Ich wünsche ein Arztgespräch  | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein       |
| 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 nehme blutverdünnende Medikamente   | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein       |
| Ich bin schwanger   | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein       |
| Ist dies heute die erste oder zweite Impfung gegen die Neue Grippe („Schweinegrippe“) | <input type="checkbox"/> 1. Impfung | <input type="checkbox"/> 2. Impfung |

Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden.

Datum und Unterschrift:.....

### Impfdokumentation (von der Impfstelle auszufüllen)

Impfstoff:

1. Dosis  Datum..... Chargen-Nr.....

2. Dosis  Datum ..... Chargen-Nr.....

Adresse der Impfstelle (Stempel)

Name und Unterschrift des Arztes.....

(Original für Impfling, Durchschrift für Impfstelle)