Einverständniserklärung zur Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza bei Personen ab 60 Jahren

(Hochdosis- oder MF59-adjuvantierter Influenzaimpfstoff)

Name der zu impfenden Person: _____

Geburtsdatum: _____

Vorgesehener Impfstoff: ☐ Efluelda ☐ Fluad ☐ anderer: _____

1. Sind Sie gegenwärtig gesund?

☐ ja ☐ nein

2. Liegt eine Allergie (insbesondere gegen Impfstoffbestandteile) vor?

☐ ja, welche: _____ ☐ nein

3. Traten nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

☐ ja ☐ nein

Ich habe das Merkblatt zur Kenntnis genommen und wurde im persönlichen Gespräch über Nutzen, Risiken und mögliche Nebenwirkungen der vorgesehenen Impfung aufgeklärt.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich willige in die mir vorgeschlagene Influenza-Schutzimpfung mit dem oben ausgewählten bzw. eingetragenen Impfstoff ein.

☐ Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile einer Ablehnung wurde ich informiert.

Vermerke: _____

Ort, Datum: _____

_____ _____

Unterschrift der zu impfenden Person Unterschrift der aufklärenden/impfenden Person