Einverständniserklärung zur Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza
mit trivalentem, standarddosiertem Impfstoff

Name der zu impfenden Person: _____

Geburtsdatum: _____

1. Sind Sie / ist die zu impfende Person gegenwärtig gesund?

☐ ja ☐ nein Ggf. Angaben: _____

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

☐ ja ☐ nein Ggf. Angaben: _____

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

☐ ja ☐ nein Ggf. Angaben: _____

Ich habe den Inhalt des Merkblatts zur Kenntnis genommen und wurde im persönlichen Gespräch über die Impfung aufgeklärt. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich willige in die mir vorgeschlagene Impfung gegen Influenza mit Dreifachimpfstoff ein.

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

Vermerke: _____

Ort, Datum: _____

_____ _____

Unterschrift der zu impfenden Person Unterschrift der impfenden Apothekerin / des impfenden Apothekers