

Einverständnis zu einer Grippe-Schutzimpfung

Ich erkläre, dass ich alle hier aufgeführten Voraussetzungen für eine Impfung erfülle:

1. Ich fühle mich nicht akut krank. Ich leide auch nicht an einer fieberhaften Erkältung.
2. Bei früheren Impfungen sind keine Nebenwirkungen aufgetreten.
3. Im Fall einer bestehenden chronischen Erkrankung: Ich habe den Impfarzt darüber informiert.
4. Ich bin nicht schwanger.
5. Mir ist keine Allergie gegenüber diesen möglichen Bestandteilen des Impfstoffes bekannt: Hühnerprotein (Eiweißkörper), Hühnerei-Protein, Neomycin (Antibiotikum), Formaldehyd (organischer Grundstoff), Octoxinol 9 (Stoff zur Virus-Inaktivierung).
6. Ich nehme keine gerinnungshemmenden Mittel wie zum Beispiel Marcumar ein.
7. Ich hatte die Möglichkeit, die Packungsbeilage des Herstellers zu lesen.
8. Man hat mich umfassend über die Indikation (Heilanzeigen), über die Wirkungsweise, über den Nutzen sowie über mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen (Erschwerungen) unterrichtet.
9. Ich habe die anstehende Impfung mit dem Impfarzt besprochen bzw. mir wurde die Möglichkeit einer Konsultation (Beratung) angeboten.
10. Ich habe keine weiteren Fragen zur Impfung.
11. Ich bin damit einverstanden, dass die Impfung durchgeführt wird.

Hinweis für den Impfarzt: Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein:

Name, Vorname

____/____/_____
Geburtsdatum

____/____/_____
Neuenhagen, den (Datum)

Unterschrift Patient(in)