

ANAMNESE EINVERSTÄNDNISBOGEN GRIPPE-/INFLUENZAIMPfung

DATUM

ZENTRUM

Name des Impflings

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift*

Telefon / Mobil*

* Hinweis: Sie können wählen, wie Sie ggf. erreichbar sein wollen (privat oder dienstlich)

Angaben zum Arbeitgeber

Name

Anschrift

Fragen und Hinweise bei Impfungen mit inaktivierten Influenza-Impfstoffen

1. Besteht beim Impfling eine akute Erkrankung? ja nein
2. Leidet der Impfling an einer anderen schweren Erkrankung? ja nein
wenn ja, welche:
3. Leidet der Impfling an einer Blutgerinnungsstörung oder nimmt blutverdünnende Medikamente ein? ja nein
4. Hat der Impfling eine Erkrankung des Nervensystems durchgemacht oder besteht ein Krampfleiden? ja nein
5. Ist bei dem Impfling eine Allergie (z. B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika) bekannt? ja nein
wenn ja, welche:
6. Traten bei dem Impfling nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? ja nein
wenn ja, welche:
7. Bei Impfung von Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Impfdokumentation - wird durch die B•A•D GmbH ausgefüllt					Injektion in Oberarm			
Dosis	Datum	Impfstoff	Chargen-Nr.	Impfarzt	re	li	sc	im
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vermerke

Ich bin von meinem Arzt/meiner 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.
- Ich lehne die Impfung(en) ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung meine Daten, wie z.B. Name, Geburtsdatum, arbeitsmedizinische Leistung (keine Befunde, Diagnosen), an den Arbeitgeber/ die Abrechnungsstelle (auch elektronisch) übermittelt werden und entbinde insoweit den Arzt/die Ärztin der B.A.D GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht. Die vorstehenden Erklärungen werden freiwillig abgegeben. Sie können jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Es gilt die Datenschutzerklärung der B.A.D GmbH (www.bad-gmbh.de/ds).

Name des Impflings Ort Datum

Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

» Wir bitten Sie, nach der Impfung noch 15 Minuten im Wartebereich zu bleiben. «



Herausgeber und ©: Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg
DGK Beratung + Vertrieb GmbH, Biegenstraße 6, 35037 Marburg, Telefon: 06421 293-0, Telefax: 06421 293-187