

Pflichtangaben

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
PLZ und Wohnort:	Straße:
Dienststelle:	Dienststellen-Nr. (falls vorhanden):

Fragebogen zur Impfung gegen die Grippe

	Ja	Nein
Hatten Sie bei oder nach vorhergehenden Impfungen (egal welche) gesundheitliche Probleme, insbesondere allergische Reaktionen (Hautausschläge, Atemnot, Anschwellen von Gesicht oder Zunge)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reagieren Sie allergisch auf: Hühnereiweiß , Octoxinol-9, Polysorbat 80, Sucrose? <i>(Zutreffendes – sofern bekannt - bitte unterstreichen)</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie momentan gesundheitliche Beschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liegen bei Ihnen schwere chronische Krankheiten vor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen in den nächsten zwei Wochen eine Operation geplant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besteht bei Ihnen eine Erkrankung des Immunsystems? Nehmen Sie gerade (oder in den letzten drei Monaten) Medikamente ein, die die Immunabwehr unterdrücken, z.B. Kortison?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Führen Sie gerade eine Hyposensibilisierung durch? (Zwischen der Impfung und der letzten Hyposensibilisierungsspritze sollten ein bis zwei Wochen liegen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar) ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Einverständniserklärung

Ich habe den Inhalt des Merkblattes (Schutzimpfung gegen die Grippe) zur Kenntnis genommen. Eventuelle weitere Fragen habe ich mit dem Impfarzt geklärt.

Ich habe keine weiteren Fragen und möchte gegen die Grippe geimpft werden. - Ich lehne die Impfung ab.

Datum, Unterschrift *(bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)*

Aufgrund der sehr seltenen allergischen Reaktionen empfiehlt es sich, nach der Impfung für ca. 30 Minuten in der Impfstelle oder unter ärztlicher Aufsicht zu verbleiben.

Hinweis zur Kundeninformationen nach Art. 13 DSGVO

Die Kundeninformation nach Art. 13 DSGVO für den Datenschutz in der Arbeitsmedizin sind in allen AMZ zur freien Einsicht ausgelegt. Weiterhin hat jede*r BÄ*BA diese im Außentermin dabei und zur Einsicht auf einem entsprechenden Platz, je nach Kunde, ausgelegt. Ebenso können Sie diese auf unserer Homepage unter

<https://www.medical-airport-service.de/leistungen/medizin>

downloaden.

Bitte bringen Sie zur Impfung Ihren **Impfausweis** mit!

Impfdokumentation:

Datum:

Impfstoff:

Chargen-Nr.:

Impfender:

Herausgeber:
medical airport service GmbH
MSU 8.45.5-2.0.72

Änderungsstand: 05
Gültig ab: 08.09.2020
Ersteller: medical-AM

Seite: 2/2