

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenkasse

Grippeschutzimpfung

Influenza („Grippe“) ist eine mit Fieber, Husten, Muskelschmerzen einhergehende akute Erkrankung der Atemwege, die durch Viren (es gibt verschiedene Typen) verursacht wird. Zum Teil schwerwiegende Komplikationen führen dazu, dass in jedem Jahr mehrere tausend Menschen infolge einer Influenzainfektion sterben.

Die Impfung

Der Impfstoff enthält entweder abgetötete Influenzaviren oder Bestandteile von Influenzaviren.

Die Impfung dient nur zum Schutz gegen eine Influenzainfektion, sie schützt nicht vor anderen akuten fieberhaften Infekten der Atemwege.

Der Influenzaimpfstoff wird in jedem Jahr entsprechend der vorherrschenden Virustypen neu zusammengestellt.

Gegenanzeigen:

- Akute Erkrankungen
- Bei bekannten schweren allergischen Reaktionen auf Hühnereiweiß (Anschwellen der Zunge und der Lippen nach Berührung mit Hühnereiweiß)

Mögliche Nebenwirkungen des Impfstoffes:

Die Influenzaimpfung ist eine sichere Impfung.

Über das Auftreten bleibender Gesundheitsschäden nach der Impfung wurde bisher nichts bekannt.

In sehr seltenen Fällen kann eine Überempfindlichkeitsreaktion (allergische Reaktion, z.B. Nesselfieber) gegen den Impfstoff auftreten.

Vor Durchführung der Schutzimpfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten:

Akute Erkrankungen in den letzten 4 Wochen? Ja Nein

Ist bei dem Impfling eine Allergie bekannt?
Wenn ja, welche? Ja Nein

Traten bei dem Impfling nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? Ja Nein

Erkrankungen des Nervensystems
- Hirnerkrankungen Ja Nein
- Anfallsleiden Ja Nein

Immunmangelerkrankungen Ja Nein

Schwangerschaft Ja Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
Ja Nein

Ich habe den Inhalt des Merkblattes zur Kenntnis genommen und ich bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend durch den Impfarzt informieren zu lassen.

Ich willige in die vorgeschlagene Schutzimpfung gegen Influenza ein.

Vermerke : _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Impflings/ Sorgeberechtigten: _____

Unterschrift des Arztes/ Ärztin: _____