



## Grippeimpfung: Fragebogen, Information und Einverständnis

Die saisonale Grippeimpfung wird empfohlen für:

- Personen ab 65 Jahren
- Schwangerschaft oder Entbindung innerhalb der letzten 4 Wochen
- Personen, die aus beruflichen oder privaten Gründen regelmässig Kontakt zu Risikopersonen mit erhöhtem Komplikationsrisiko oder Säuglingen < 6 Monaten haben
- Beschäftigte im Gesundheitswesen, Mitarbeitende von Kinderkrippen, in Alters- und Pflegeheimen etc.
- Personen mit bestimmten chronischen Erkrankungen (siehe CH Impfplan)
- Alle Personen, die ihr Risiko für Grippeerkrankungen vermindern wollen

### A) Persönliche Daten Kundin/ Kunde

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### B) Anamnese

	JA	NEIN
Haben Sie aktuell Fieber, fühlen sich krank oder haben: z.B. Halsschmerzen, Husten, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Geschmacks-/Geruchssinnveränderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Impfungen in der Vergangenheit unerwünschte Nebenwirkungen oder Probleme aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien (z.B. auf Medikamente, frühere Impfungen, Hühnereiweiss, Nahrungsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten? <i>(VaxigripTetra® bevorzugt im 2./3. Trimester, ist aber während der gesamten Schwangerschaft möglich)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Mittel zur Gerinnungshemmung («Blutverdünnung») ein oder besteht eine Erkrankung, die zu einer erhöhten Blutungsneigung führt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist dies das erste Mal, dass Sie sich gegen Grippe impfen lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Informationen zu den unerwünschten Wirkungen

- Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Rötung) kommen häufig vor und verschwinden meistens innert 2 Tagen.
- Reaktionen, die den ganzen Körper betreffen (Fieber, Muskelschmerzen, Unwohlsein) treten seltener auf und verschwinden ebenfalls meist innert 2 Tagen.
- Schwere Nebenwirkungen (Nesselfieber, Schwellungen, Asthma, Schock) treten äusserst selten auf.

Sollten Symptome auftreten, die Sie beunruhigen, so informieren Sie bitte unverzüglich uns oder einen Arzt.

### Einverständniserklärung des Kunden

Die Fachperson hat mich über mögliche unerwünschte Wirkungen der Impfung aufgeklärt und ich habe keine weiteren Fragen. Die oben gemachten Angaben sind wahrheitsgetreu. Ich wurde über den Preis der Impfung informiert und erkläre mich mit einer Unterschrift mit der Durchführung einer Injektion einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fachperson

---

### Angaben zur Impfung (vom Fachpersonal auszufüllen)

Lot.Nr. Impfstoff
Datum der Impfung:

### Bezahlung

Bezahlt vor Ort <input type="checkbox"/>	Rechnung an UZH <input type="checkbox"/>
--	--