



Grippeimpfung: Fragebogen, Information und Einverständnis

Die saisonale Grippeimpfung wird empfohlen für:

- Personen ab 65 Jahren
- 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
- Alle Personen, die ihr Risiko für Grippeerkrankungen vermindern wollen
- Personen mit bestimmten chronischen Erkrankungen (siehe Impfplan)

A) Persönliche Daten Kundin/ Kunde

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Adresse: _____ PLZ/ Ort: _____
 Telefonnummer: _____

B) Anamnese

	JA	NEIN
Fühlen Sie sich unwohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie allergisch:		
➤ auf Hühnereiweiss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ auf Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals schwere Nebenwirkungen während oder nach einer Impfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z.B. vererbt, oder durch Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche?		
Leiden Sie an einer Grunderkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche?		



Zur Grippeimpfung

	JA	NEIN
Ist das 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, Juckreiz) kommen häufig vor und verschwinden meistens innert 2 Tagen.
- ➔ Reaktionen, die den ganzen Körper betreffen (Fieber, Muskelschmerzen, Unwohlsein) treten bei ca. 5% der Geimpften auf; sie halten selten länger als 2 Tage an.
- ➔ 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 zum Impfstoff

	JA	NEIN
Wurde die Impfung im Impfausweis eingetragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Nein, warum?		
Lot.Nr. Impfstoff		

Datum der Impfung:

Bezahlung

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