



## Einverständniserklärung Impfung gegen Influenza A (H1N1)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ:..... Ort:.....

Kassen-Nr. (lt. Versichertenkarte):..... Versicherten-Nr. (lt. Versichertenkarte):.....

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich in einer Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung, im Rettungsdienst, bei der Berufsfeuerwehr oder Polizei arbeite.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich an einer Krankheit leide, wegen der ich bevorzugt geimpft werden kann (die einzelnen Erkrankungen sind im Aufklärungsbogen aufgeführt).
- Ich gehöre zu keiner der beiden Gruppen.

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich wünsche ein Arztgespräch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe Fieber (Körpertemperatur über 38°C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe schon einmal nach einer Impfung eine Allergie bekommen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin überempfindlich gegen Hühnereiweiß	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich nehme blutverdünnende Medikamente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin schwanger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist dies heute die erste oder zweite Impfung gegen die Neue Grippe („Schweinegrippe“)	<input type="checkbox"/> 1. Impfung	<input type="checkbox"/> 2. Impfung
Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden.		

Datum und Unterschrift:.....

### Impfdokumentation (von der Impfstelle auszufüllen)

Impfstoff:

1. Dosis  Datum..... Chargen-Nr.....  
2. Dosis  Datum ..... Chargen-Nr.....

Adresse der Impfstelle (Stempel)

Name und Unterschrift des Arztes.....

(Original für Impfling, Durchschrift für Impfstelle)