

## Grippeimpfung Informationsblatt

### Muss am Tag der Impfung ausgefüllt werden

Name: ..... Vorname: ..... Geb.Dat.: .....

**Firma, Abteilung, Ort:** .....

#### Gesundheitsfragen:

- |   | <b>Nein</b>              | <b>Ja</b>  |
|---|--------------------------|--|
| ▪ Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> später impfen             |
| ▪ Haben Sie eine Überempfindlichkeit auf Eiweisse?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Fachperson besprechen |
| ▪ Haben sie Grunderkrankungen?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Fachperson besprechen |
| ▪ Wenn ja, welche:.....                             |                          |  |
| ▪ Sind bei früheren Impfungen Probleme aufgetreten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Fachperson besprechen |
| ▪ Nehmen Sie Medikamente?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Fachperson besprechen |
| Wenn ja, welche:.....                               |                          |  |
| ▪ Sind Sie schwanger oder stillen Sie?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> mit Fachperson besprechen |
| Wenn ja, wievielte Schwangerschaftswoche:.....      |                          |  |

#### Kontraindikationen beider Impfstoffe:

- Überempfindlichkeit auf Hühnereiweiss, Ovalbumin, Formaldehyd, Gentamicinsulfat, Natriumdeoxycholat, Neomycin, Octoxinol-9
- Febriler Infekt

#### Verwendeter Impfstoff:

- Fluarix® Tetra (Tetravalenter Impfstoff)
- Vaxigrip® Tetra (Tetravalenter Impfstoff)

#### Unerwünschte Impfreaktionen:

- Rötungen an der Impfstelle, Schmerzen und Jucken, selten leichtes Fieber und Übelkeit sowie Muskelschmerzen; ganz selten können Nesselsucht, Schwellungen, allergisches Asthma oder eine allergische Sofortreaktion auftreten.
- Das Risiko ernsthafter Komplikationen nach einer Grippe ist höher als die Wahrscheinlichkeit schwerer Nebenwirkungen nach der Impfung.

**→ Über die theoretisch denkbaren, unerwünschten Impfreaktionen bei der Anwendung der Grippe-Impfung bin ich informiert worden.**

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

#### Impfung durch

Name der med. Fachperson

.....

Visum zuständige Fachperson

.....