

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
ZUR SCHUTZIMPfung GEGEN DIE SAISONALE INFLUENZA 2015/2016**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Tätigkeit	Abteilung
Krankenkasse	Versicherungsnummer

Hiermit erkläre ich, dass folgende Impfvoraussetzungen gegeben sind:

1. Ich fühle mich nicht akut erkrankt, ich leide an keiner fieberhaften Erkrankung.
2. Allergien gegenüber den Bestandteilen des Impfstoffes: Hühner-, Hühnereiprotein, Neomycin, Formaldehyd, Octoxinol 9 liegen nicht vor.
3. Es besteht keine Schwangerschaft.
4. Es werden keine gerinnungshemmenden Medikamente (z. B. Marcumar) eingenommen.
5. Ich wurde darüber informiert, dass bei bestehenden chronischen Grunderkrankungen die Konsultation mit dem Impfarzt notwendig ist.
6. Ich wurde über Indikation, Nutzen, Wirkung, Nebenwirkung und Komplikationsmöglichkeiten der Impfung unterrichtet.
7. Die Packungsbeilage des Herstellers lag vor, ich konnte sie eingesehen.
8. Mir wurde die Möglichkeit der Konsultation mit dem Impfarzt angeboten.

Die Aufklärung zur Gripeschutzimpfung habe ich zur Kenntnis genommen. Sie war umfassend, und ich habe keine weiteren Fragen.

Mit der Durchführung der Impfung bin ich einverstanden

Impfstoff; Chargennummer:

Berlin, den _____

Unterschrift d. Mitarbeiters/-in _____

Impfarzt/Schwester: _____