



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

**Bitte bringen Sie die Einverständniserklärung am Tag Ihrer Impfung ausgefüllt mit!**

Zur Gripeschutz-Impfung melde ich mich verbindlich an:

-bitte in Druckbuchstaben leserlich ausfüllen-

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Telefon (optional): \_\_\_\_\_

Zutreffende Aussage bitte ankreuzen:

Ich fühle mich gesund:-----	ja-- <input type="checkbox"/>	nein-- <input type="checkbox"/>
Ich war in den letzten 4 Wochen fieberhaft erkrankt-----	ja-- <input type="checkbox"/>	nein-- <input type="checkbox"/>
Ich habe Allergien, insbesondere gegen Hühnereiweiß-----	ja-- <input type="checkbox"/>	nein-- <input type="checkbox"/>
Ich habe die letzte Impfung (auch Andere) gut vertragen-----	ja-- <input type="checkbox"/>	nein-- <input type="checkbox"/>
Bei Frauen; es besteht eine Schwangerschaft-----	ja-- <input type="checkbox"/>	nein-- <input type="checkbox"/>
Ich nehme folgende Medikamente _____	-keine---	<input type="checkbox"/>

Name meiner Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Nur bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen werden der Name und die Versicherungsnummer zur Kostenerstattung des Impfstoffes an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet.

Ich bin von \_\_\_\_\_ über die Risiken der Impfung aufgeklärt worden.

Ich habe die Informationen über die Grippe-Schutzimpfung zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der Grippe-Schutzimpfung einverstanden. Ich bin auf die möglichen Risiken und Nebenwirkungen hingewiesen worden. Meine Fragen konnte ich dem Betriebsarzt/-ärztin stellen.

Ort, Datum, Unterschrift