

## Pflichtangaben

Name		Geburtsdatum	
Vorname			
Straße			
PLZ und Ort			
Dienststelle		Dienststellen-Nr. (falls vorhanden)	

### Fragebogen zur Impfung gegen die Grippe:

	Ja	Nein
Hatten Sie bei/nach vorhergehenden Impfungen (egal welche) gesundheitliche Probleme, insbesondere allergische Reaktionen (Hautausschläge, Atemnot, Anschwellen von Gesicht oder Zunge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren Sie allergisch auf: <b>Hühnereiweiß</b> , Octoxinol-9, Polysorbat 80, Sucrose, Formaldehyd? (Zutreffendes – sofern bekannt - bitte unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie momentan gesundheitliche Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen bei Ihnen schwere chronische Krankheiten vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen in den nächsten zwei Wochen eine Operation geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen eine Erkrankung des Immunsystems? Nehmen Sie gerade (oder in den letzten drei Monaten) Medikamente ein, die die Immunabwehr unterdrücken, z.B. Kortison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führen Sie gerade eine Hyposensibilisierung durch? (Zwischen der Impfung und der letzten Hyposensibilisierungsspritze sollten ein bis zwei Wochen liegen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn Sie über 60 Jahre alt sind:</b> Ich möchte mit dem Hochdosis-Impfstoff (Efluelda®) geimpft werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Einverständniserklärung:

**Ich habe den Inhalt der Impfinformation - Grippe zur Kenntnis genommen. Eventuelle weitere Fragen habe ich mit dem Impfarzt geklärt.**

- Ich habe keine weiteren Fragen und möchte gegen die Grippe geimpft werden.**
- Ich lehne die Impfung ab.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)

### Kundeninformation gemäß Art. 13 DSGVO Arbeitsmedizin

Die Kundeninformationen gemäß Art. 13 DSGVO zum Datenschutz in der Arbeitsmedizin liegen in allen arbeitsmedizinischen Zentren zur kostenlosen Einsicht aus. Darüber hinaus hält jeder Arzt für Arbeitsmedizin diese Informationen bei Außenterminen sowie je nach Kunde an einem geeigneten Ort zur Einsicht bereit. Sie können diese Informationen auch von unserer Homepage herunterladen unter:

<https://www.medical-airport-service.de/leistungen/medizin>

**Aufgrund der sehr seltenen allergischen Reaktionen empfiehlt es sich, nach der Impfung für ca. 30 Minuten in der Impfstelle oder unter ärztlicher Aufsicht zu verbleiben.**

**Bitte bringen Sie zur Impfung Ihren Impfausweis mit!**

Impfdokumentation:		
<b>Datum:</b>	<b>Impfstoff:</b> <b>Chargen-Nr.:</b>	<b>Impfender:</b>