

## Einverständniserklärung zur Impfung gegen die Neue Influenza A(H1N1)

Nachname:					
Vorname:					
Geburtsdatum:					Altersgruppe: <input type="checkbox"/> 6 Monate bis 9 Jahre <input type="checkbox"/> 10 bis 17 Jahre <input type="checkbox"/> 18 bis 60 Jahre <input type="checkbox"/> über 60 Jahre
Anschrift (Straße, Wohnort):					
Bundesland:	<input type="checkbox"/> HH	<input type="checkbox"/> S-H	<input type="checkbox"/> Nds.	<input type="checkbox"/> M-V	<input type="checkbox"/> Anderes
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfe oder Heilfürsorge <input type="checkbox"/> Träger der Sozialhilfe (einschließlich Betreute nach § 264 SGB V) <input type="checkbox"/> Zivildienstleistender				

**Vor der Durchführung der Impfung werden Sie um folgende Angaben gebeten:**

Fühlen Sie sich gegenwärtig gesund?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie schwanger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____ Woche		
Nehmen Sie Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Ist dies heute die erste oder zweite Impfung gegen die Neue Grippe?	<input type="checkbox"/> 1. Impfung <input type="checkbox"/> 2. Impfung	

Ich habe das Merkblatt gelesen und verstanden. Ich bin auch auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich bei weiteren Fragen durch den impfenden Arzt informieren zu lassen.

- ich habe keine weiteren Fragen
- ich hatte weitere Fragen, diese sind jedoch beantwortet worden
- ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen die Neue Influenza A(H1N1) ein

Vermerke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum und Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten

**Impfdokumentation (von der Impfstelle auszufüllen)**

Impfstoff:

Dosis  Datum..... Chargen-Nr.: .....

\_\_\_\_\_  
 Adresse der Impfstelle (Stempel)

\_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift des impfenden Arztes