

# Fragebogen zur Grippeimpfung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

1. Ist dies Ihre erste Grippeimpfung?       JA       NEIN
2. Sind bei vorangegangenen Impfungen (auch bei anderen Impfungen) unerwünschte Reaktionen aufgetreten?  
     JA       NEIN
3. Besteht oder bestand vor kurzem eine akute Erkrankung?       JA       NEIN
4. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen wie Leukämie, Krebs, AIDS, Diabetes, chronische Hepatitis, Nerven-,  
    Nierenleiden, Tbc, Asthma?       JA       NEIN
5. Besteht derzeit eine Schwangerschaft?       JA       NEIN
6. Bestehen Allergien, insbesondere auf Formaldehyd, Hühnereiweiß, Thiomersal, Neomycin, Natriumsalze, Kaliumsalze,  
    Octoxinol 9?       JA       NEIN
7. Bestehen Immundefekte (z.B. Antikörpermangelsyndrom, Immunsuppression durch Medikamente, Strahlentherapie,  
    Leukämie)?       JA       NEIN
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (z.B. Aspirin, ASS, Marcumar, Ticlopidin, Plavix)?       JA       NEIN
9. Sind bei Ihnen Veränderungen der Blutgerinnung bekannt oder haben Sie den Verdacht, bei Verletzungen auffällig lange  
    zu bluten?       JA       NEIN

Folgende Nebenwirkungen können auftreten: Lokale Reaktionen wie Rötung, Schwellung, kleinflächige Hautblutung und Verhärtungen, Schmerzen an der Injektionsstelle. Diese Nebenwirkungen treten gelegentlich auf. Allgemeine Reaktionen wie Fieber, Frösteln, Übelkeit, Schüttelfrost, Müdigkeit, Schwitzen, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, Schwellung der Lymphknoten, Muskel- und Gelenkschmerzen. Diese Reaktionen verschwinden meist nach ein bis zwei Tagen ohne Behandlung. Die nachstehenden Reaktionen werden sehr selten beobachtet: Nervenschmerzen, Sensibilitätsstörungen, Krämpfe, vorübergehende Verminderung der Blutplättchen mit vereinzelt Blutungen (Blutergüssen). In Einzelfällen wurde über allergische Reaktionen berichtet, wie Nesselsucht, Juckreiz, Ausschlag und Atembeschwerden, die in seltenen Fällen zum Schock führen. In Einzelfällen wurde über Gefäßentzündungen auch mit vorübergehender Beteiligung der Nieren und sehr selten über neurologische Störungen berichtet, wie z. B. Entzündung von Gehirn und Rückenmark, Nervenentzündungen und aufsteigende Lähmung.

ERKLÄRUNG: Ich bin mit der Durchführung der Grippeimpfung einverstanden. Ich nehme zur Kenntnis, dass vermehrte körperliche Anstrengungen (auch Saunabesuch) in den nächsten Tagen vermieden werden sollten.

Es bestand ausreichend Gelegenheit, mit der Impfärztin Fragen zu besprechen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Vom Impfarzt auszufüllen:**

Eintragung in das Impfbuch durchgeführt       JA       NEIN      Impfung li. OA  / re. OA

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des Impfarztes

\_\_\_\_\_  
Handelsname/Charge