



Einverständniserklärung Impfung gegen neue Grippe ("Schweinegrippe")

Bitte in Druckbuchstaben schreiben

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____ Postleitzahl/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ Frau ☐ Mann

☐	Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich in einer Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung, im Rettungsdienst, bei der Berufsfeuerwehr oder Polizei arbeite.
☐	Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich an einer schweren Krankheit leide, bei der ich bevorzugt geimpft werden kann (die einzelnen Erkrankungen sind im Aufklärungsbogen aufgelistet).
☐	Ich gehöre zu keiner der beiden oben genannten Gruppen.

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden ☐ Ja ☐ nein

Ich wünsche ein Arztgespräch ☐ Ja ☐ nein

Ich habe Fieber (Körpertemperatur über 38° C) ☐ Ja ☐ nein

Ich habe schon einmal nach einer Impfung eine Allergie bekommen ☐ Ja ☐ nein

Ich bin überempfindlich auf Hühnereiweiß ☐ Ja ☐ nein

Ich nehme blutverdünnende Medikamente ☐ Ja ☐ nein

Ich bin schwanger ☐ Ja ☐ nein

Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden.

Datum und Unterschrift
ggf. Unterschrift des(r) Sorgeberechtigten

Datenschutz:

Ihre persönlichen Daten werden bei der Behörde der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales ausschließlich zur Durchführung, Dokumentation und Abrechnung der Impfung für die Dauer von 10 Jahren aufbewahrt.

Durch die Impfstelle auszufüllen

Impfdatum: _____ Chargen-Nr.: _____

Ärztin/ Arzt: _____

--	--

(Hier bitte die 2-stellige Impfstellen- Nr. eintragen)

Unterschrift Ärztin/ Arzt

Einverständniserklärung