



Untersuchungsbogen zum Verbleib im Fachdienst Gesundheit

Grippenschutzimpfung 2020/2021

Von den Patienten auszufüllen

Von den Patienten auszufüllen

Vorname, Name:

Geburtsdatum :

Wohnanschrift :

Straße

PLZ Ort

Von der Ärztin/ Arzt auszufüllen:

Bei mir bestehen heute und in den letzten fünf Tagen ein allgemeines Wohlbefinden und eine Fieberfreiheit. Bei mir sind keine relevanten Allergien und Unverträglichkeiten vorhanden. Ich habe die Aufklärungsbögen zu den angebotenen Impfungen gelesen und wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, mich durch ein Gespräch mit den Impfarzten des Gesundheitsamtes über weitere Fragen zu informieren. Ich habe keine weiteren Fragen.

Datum

Unterschrift

Medizinische Dokumentation:

Die Grippeschutzimpfung erfolgt nach mündlicher Aufklärung am _____, _____, 2020
in den linken / rechten Oberarm i.m.

Chargen-Nr.:

Unterschrift des Impfarztes

Vom Arzt auszufüllen

Vom Arzt auszufüllen



Sehr geehrte Damen und Herren, ,

Vor dem Hintergrund der außergewöhnlich schweren Influenza-Welle 2017/2018 mit geschätzt über 5,3 Mio. Influenza-bedingter Krankschreibungen und etwa 45.000 Krankenhauseinweisungen (RKI), sollte sich jeder mit dem Thema Grippeimpfung auseinandersetzen.

Empfohlen ist die Impfung vor allem für Menschen ab 60 Jahren, mit chronischen Grundleiden, Schwangere, medizinisches Personal, Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und Personen mit erhöhtem Publikumsverkehr wie z.B. Lehrer. In der letzten Saison waren verstärkt Personen ab 35 Jahren betroffen, so dass auch für diese eine Impfung sinnvoll erscheint. Bitte füllen Sie die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand gewissenhaft aus.

Sind Sie gegenwärtig gesund? ja nein

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?
Wenn ja, an welcher? (z. B. erhöhte Blutungsneigung, Fruktoseintoleranz) ja nein

Leiden Sie an einer Krankheit, die zu einer Abwehrschwäche führt,
(z. B. Immundefizienz- angeboren, erworben oder durch
Medikamente verursacht-, Leukämie, HIV- Infektion,
Organtransplantation o. ä. Wenn ja, an welcher? ja nein

Leiden Sie an einer Erkrankung des Nervensystems
oder besteht ein Krampfleiden? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Wenn ja, welche?
(z. B. gegen Neomycin, Formaldehyd , Octoxinal 9, Hühnereiweiß) ja nein

Traten nach einer früheren Impfung allergische Reaktionen,
hohes Fieber, Krampfanfälle oder andere ungewöhnliche Ereignisse auf
Wenn ja, welche und wann? ja nein

Haben Sie in den letzten Monaten eine Bluttransfusion oder
Immunglobuline erhalten? Wenn ja, wann? ja nein

Haben Sie in den letzten vier Wochen eine
Impfung erhalten? Wenn ja, welche? ja nein

Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger ist? Stillen Sie? ja nein

Sind in den nächsten zwei Wochen Operationen geplant? ja nein

Notizen: