

Anamnesebogen Grippeschutzimpfung Uni Paderborn



Bitte den Bogen ausgefüllt mitbringen.

Name	
Vorname	

1) Sind bei Ihnen Allergien bekannt (insbes. gegen Hühnereiweiß)?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2) Traten bei Ihnen nach früheren Impfungen unerwünschte oder allergische Reaktionen auf?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3) Haben Sie Anzeichen einer akuten Erkrankung (z.B. fieberhafter Infekt)	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4) Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5) Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7) Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Die empfohlenen Impfungen sind in der Regel sehr gut verträglich. Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie dennoch über mögliche Nebenwirkungen aufklären. Bitte lesen Sie aufmerksam das in der Mail verlinkte Infoblatt vor der Impfung durch. Wir möchten hier die möglichen Lokal- und Allgemeinreaktion (u.a. Schmerz, Rötung, Schwellung an der Injektionsstelle, Unwohlsein, Fieber, Kopfschmerzen), mögliche Gefäßschädigungen, sowie allergische Reaktionen, die lebensbedrohlich verlaufen können, erwähnen.

Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht. Über mögliche Nebenwirkungen bin ich aufgeklärt worden, ich habe keine weiteren Fragen und bin mit einer Impfung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Impflings