# Impfanamnese & Aufklärung betriebliche Grippeschutzimpfung

Name, Vorname: ______________________________________

Geburtsdatum: ______________________________________

## Vorbemerkung

Die von uns verwendeten Impfstoffe entsprechen den Empfehlungen der WHO. Sie werden innerhalb der EU produziert und sind durch das Paul Ehrlich Institut zugelassen.

Nach Empfehlungen der STIKO wird Personen in Deutschland über 60 Jahre, allen Schwangeren ab dem 2. Trimester und allen Personen mit einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung infolge eines Grundleidens (wie z.B. Asthma, Diabetes mellitus) grundsätzlich eine Grippeschutzimpfung angeraten. Weiter wird Angehörigen der oben genannten Personengruppen die Impfung angeraten. Beschäftigten im Gesundheitswesen und mit erhöhtem Publikumsverkehr wird die Impfung ebenfalls empfohlen.

Eine Impfung gegen Grippe schützt nicht gegen eine Infektion mit Coronaviren. Allerdings sind bei einer eventuellen Simultaninfektion (zeitgleich zwei krankmachende Viren in einem Individuum) oder einer Zweitinfektion in der Phase der Rekonvaleszenz (Infektion mit einem zweiten Virus in der Erholungsphase) eine Zunahme von schweren Verläufen durch das saisonale Zusammentreffen von Grippe und Coronaviren insbesondere bei Risikopatienten anzunehmen.

Für ältere Menschen (formal >60 Jahre) empfiehlt die STIKO aktuell einen sogenannten HochdosisImpfstoff. Als betriebsärztlicher Dienst können wir Personen über 60 Jahren den Hochdosis-Impfstoff nicht anbieten, empfehlen diesen Personen aber die Impfung mit einem regulär dosierten Impfstoff, wenn Sie keinen Zugang über Ihren Hausarzt zu Hochdosis-Impfstoff haben (dies ist auch eine RKI-Empfehlung mit Rücksicht auf Verfügbarkeiten der benannten Impfstoffe).

Grundsätzlich beruht Ihre Impfentscheidung auf Freiwilligkeit und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.

Weiterführende Informationen zum Thema Grippe und Grippeimpfung finden Sie auf den Internetseiten der BzGA und des RKI.

**Bitte beantworten Sie uns vor der geplanten Grippeschutzimpfung die nachfolgenden Fragen, damit wir sicherstellen können, dass die Impfung ohne besonderes Risiko erfolgen kann:**

**Sind bei vorangegangenen Impfungen unerwünschte Nebenwirkungen aufgetreten?**

☐ nein ☐ ja, folgende: ______________________________________

**Ist das Ihre erste Grippeimpfung?**

☐ nein ☐ ja

**Besteht oder bestand vor kurzem eine akute Erkrankung?**

☐ nein ☐ ja, folgende: ______________________________________

**Haben Sie eine chronische Erkrankung?** (speziell: Z.n. Leukämie, Krebserkrankung, HIV, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), chronische Hepatitis, Nierenerkrankung, Asthma, Rheuma, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden)

☐ nein ☐ ja, folgende: ______________________________________

**Einnahme von Medikamenten oder Durchführung von Behandlung, die eine Schwächung des Immunsystem verursachen können?** (Medikation mit Cortison, Immunsuppressiva, Immunglobulinen, Z.n. Strahlentherapie, Z.n. Zytostatika Therapie, Z.n. Milzentfernung oder Asplenie, Thymuserkrankung, Thymusentfernung, Organtransplantation)

☐ nein ☐ ja, folgende: ______________________________________

**Hatten Sie eine andere Impfung in den vergangenen vier Wochen?**

☐ nein ☐ ja, folgende: ______________________________________

**Sind bei Ihnen Allergien bekannt?** (speziell gegen Eier (Ovalbumin, Hühnereiweiß), Gentamycin, Formaldehyd, Cetrimoniumbromid, Polysorbat 80 oder Octoxinol)

☐ nein ☐ ja, folgende: ______________________________________

**Besteht bei Ihnen ein Verdacht auf eine Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie Medikamente zu Blutverdünnung ein?** (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, Ticlopidin, Xarelto, Eliquis, Pradaxa) ☐ nein ☐ ja, folgende: ______________________________________

**Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?**

☐ nein ☐ ja

### Wer sollte nicht geimpft werden?

Wer an einer akuten, behandlungsbedürftigen Krankheit mit Fieber leidet, soll nicht geimpft werden. Wer an einer schweren Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Impfstoffes leidet, darf nicht mit diesem Impfstoff geimpft werden.

### Verhalten nach der Impfung

Der Geimpfte bedarf keiner besonderen Schonung, innerhalb von 3 Tagen nach der Impfung sollten aber ungewohnte körperliche Belastungen vermieden werden.

### Mögliche Lokal- und Allgemeinreaktionen nach der Impfung

Nach der Impfung kann es neben der angestrebten Immunität und damit dem Schutz vor der Erkrankung häufig bis sehr häufig (1 bis > 10 Prozent der Geimpften) an der Impfstelle zu Rötung oder schmerzhafter Schwellung kommen. Dies ist Ausdruck der normalen Auseinandersetzung des Körpers mit dem Impfstoff und tritt meist innerhalb von 1 bis 3 Tagen, selten länger anhaltend, auf. Gelegentlich (0,1 bis 1 Prozent) schwellen und verhärten nahe gelegene Lymphknoten, häufig es kann zu Juckreiz, Verhärtung oder gelegentlich zu einem Hämatom („blauer Fleck“) an der Einstichstelle kommen. Ebenfalls können Allgemeinsymptome auftreten wie Fieber, Frösteln, Magen-Darmsymptome wie Übelkeit oder Durchfall, Appetitlosigkeit, Unwohlsein, Erschöpfung oder Reizbarkeit, Schwindel, Schwitzen, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, gelegentlich auch Ausschlag. In der Regel sind diese genannten Lokal- und Allgemeinreaktionen vorübergehend und klingen rasch und folgenlos wieder ab.

### Sind Impfkomplikationen möglich?

Impfkomplikationen sind sehr seltene, über das normale Maß einer Impfreaktion hinausgehende Folgen der Impfung, die den Gesundheitszustand des Impflings deutlich belasten. Nach einer Influenza-Impfung werden selten allergische Reaktionen der Haut (gelegentlich mit Juckreiz und Nesselsucht) und der Atemwege beobachtet. Sehr selten kann es zu einer Gefäßentzündung kommen oder es verringert sich vorübergehend die Zahl der Blutplättchen, als deren Folge Blutungen auftreten können. Über eine allergische Sofortreaktion (allergischer Schock) wurde nur in Einzelfällen berichtet. Ebenfalls nur in Einzelfällen wurden neurologische Nebenwirkungen (wie dem Guillain-Barre-Syndrom) im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung beobachtet.

1. Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen habe.
2. Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben, soweit mir bekannt, vollständig & wahrheitsgemäß sind.
3. Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

| | |
|---|---|
| ______________________ | ______________________ |
| Datum | Unterschrift |