

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen Impfaufklärung - Schutzimpfungen

Praxis Katharina Scheffter

Lübsche Straße 148

23966 Wismar

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen zur Schutzimpfung

Name der Schutzimpfung: Gripeschutz 2025/2026

Persönliche Daten der zu impfenden Person – Name der Schutzimpfung

Familiennamenname :

Vorname:

Geburtsdatum :

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die zu impfende Person

Zutreffendes auswählen

1. Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion (z. B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?

Ja

Nein

Wenn ja, woran?

2. Besteht bei der zu impfenden Person eine Allergie auf Medikamente

Ja

Nein

Wenn ja, woran?

3. Hatte die zu impfende Person schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer

Atemnot oder Kollaps?

Ja

Nein

4. Erfolgte bei der zu impfenden Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung, oder wird derzeit

eine allergenspezifische Immuntherapie/Hyposensibilisierung bei der zu impfenden Person durchgeführt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und wann?

5. Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten?

Ja

Nein

Wenn ja, was und wann?

6. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig blutverdünnende Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

7. Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person immunschwächende Medikamente ein (z. B. Cortison)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

8. Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtem Fieber)?

Ja

Nein

Wenn ja, nach welcher Impfung und welche?

9. Liegen bei der zu impfenden Person schwere oder chronische Erkrankungen (z. B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörung, chronisch entzündliche Erkrankungen) vor?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen Impfaufklärung - Schutzimpfungen

Praxis Katharina Scheffter

Lübsche Straße 148

23966 Wismar

10. Wurde vor kurzem bei der zu impfenden Person ein operativer Eingriff durchgeführt oder ist ein solcher bei der zu impfenden Person geplant?

Ja

Nein

11. Besteht eine Schwangerschaft bei der zu impfenden Person?

Ja

Nein

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen der Einverständniserklärung und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin oder dem Arzt vor der Impfung mit.

Wenn Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte vor dem Unterschreiben dieses Bogens an uns für ein persönliches Gespräch mit Frau Scheffter.

Datum: **Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertretung**

Wichtige Informationen: Für den Fall einer eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie etc.) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin oder des Arztes.