

	Patienten Organisation und Empfang Impfeinverständnis Influenza	Version 1	Seite 1/1
		2A FB-43	
		Formblatt	

Name: _____

Vorname: _____

geb. Datum: _____

wurde zu unten genannter/genannten Impfung/en umfassend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, eventuelle Unklarheiten zu klären sowie weiterführende Informationen zu erhalten.

Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt:

- umfassende Aufklärung über die zu verhütende Erkrankung und über den Nutzen meiner Impfung
 - Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen meiner Impfung
 - Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung
 - Aufklärung über Beginn und Dauer der Schutzwirkung
 - Hinweise zu Auffrischungen
- Ich habe keine weiteren Fragen
 - Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden
 - Ich bin mit der Durchführung der Impfung **nicht** einverstanden. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hat mich mein Arzt informiert.
 - Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich an Impfauffrischungstermine im folgenden Jahr erinnern.

Impfstoff:

Grippeimpfstoff (Influenza) der aktuellen Saison 2024/2025

Auf Wunsch erhalte ich eine Kopie des Originaldokuments

Ottersheim, Datum: _____

Unterschrift Impfling/Sorgeberechtigten

Unterschrift Arzt/Mitarbeiterin