

Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza (Grippe), Fragen zur Gesundheit

Flucelvax® zellbasierter Totimpfstoff (Influenzavirus-Oberflächenantigen (Hämagglutinin und Neuraminidase), inaktiviert, 15µg/15µg/15µg

Eflueda® Hochdosis-Totimpfstoff ab 60 J. Influenza-Spaltimpfstoff (inaktiviert), 60µg/60µg/60g - **Stand 2026**



Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ (ab 60 J.: Eflueda®, bis 60 J.: Flucelvax®)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____ Telefonnummer: _____

Krankenkasse (z.B. AOK Hessen, AOK BaWü, Techniker, ...): _____

Versicherten-Nummer (wenn GKV): _____

Ich habe das FI-Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen Influenza (Hochdosis- bzw. zellbasierter Totimpfstoff) sowie die allgemeinen Hinweise zu Schutzimpfungen gründlich durchgelesen, deren Inhalte zur Kenntnis genommen und hatte die Gelegenheit, Unklarheiten in einem Gespräch mit der Impf-Apotheker(in) zu klären und weiterführende Informationen zu erhalten.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen und **verzichte** ausdrücklich auf das apothekerliche Aufklärungsgespräch.

☐ Ich habe ein erhöhtes arbeitsbedingtes Influenza-Infektionsrisiko oder ein erhöhtes Risiko für einen schweren Influenza-Verlauf, sodass nach der Impfberatung, Aufklärung und Bewertung durch die Impf-Apothekerin eine **Indikation für eine Impfung besteht** (→ STIKO-Empfehlungen* u. i.d.F. Kostenübernahme durch Krankenkassen).

☐ Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung gegen Influenza **einverstanden**.

☐ Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung bin ich informiert.

1. Sind Sie schwer akut erkrankt (z. B. Infekt mit Fieber über 38,5°C)? ☐ Ja ☐ Nein
2. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (auch durch Arzneimittel bedingt)? ☐ Ja ☐ Nein
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. für eine Immuntherapie oder zur Blutverdünnung)? ☐ Ja ☐ Nein _____
4. Haben Sie Allergien (insbesondere gegen Hühnereiweiß oder Medikamente)? ☐ Ja ☐ Nein _____
5. Wurden Sie in den vergangenen vier Wochen geimpft? (Wenn ja, mit welchem Impfstoff?) ☐ Ja ☐ Nein _____
6. Trat nach einer Impfung schon einmal eine Schwäche oder Ohnmacht auf? ☐ Ja ☐ Nein
7. Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift des Impflings bzw. des/der Sorgeberechtigten

Unterschrift des Apothekers/der Apothekerin

* alle Personen ab 60 Jahre

für alle Schwangeren ab dem 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab 1. Trimenon
für Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens (wie z.B. chronische Krankheiten der Atmungsorgane, Herz- oder Kreislauferkrankungen, Leber- oder Nierenkrankheiten, Diabetes oder andere Stoffwechselkrankheiten, chronische neurologische Grundkrankheiten wie z.B. Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben, angeborene oder erworbene Immundefizienz oder HIV)

für Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen,

für Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt Lebende oder von ihnen betreute Risikopersonen (siehe oben) gefährden können sowie für
Personen, die im privaten Umfeld häufigen, regelmäßigen und direkten Kontakt zu z.B. Schweinen, Geflügel sowie Wildvögeln (frei und gehalten) und Robben haben.

Geimpft werden sollten im Rahmen eines erhöhten beruflichen Risikos außerdem:

Personen mit erhöhter Gefährdung (z.B. medizinisches Personal),
Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr,

Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können und

Personen, die arbeitsbedingt einen häufigen, regelmäßigen und direkten Kontakt zu z.B. Schweinen, Geflügel, Wildvögeln (frei und gehalten) und Robben haben und tätig sind in z.B. Nutztierhaltungen, Zoos und Tierparks, Tierheimen oder Auffangstationen, Tierarztpraxen sowie Schlachthöfen.

Inhaber: Bahnhof-Apotheke Eberbach, Inh. A. Knecht & F. Knecht oHG

e-mail: bahnhof@apotheke-eberbach.de

www: https://www.apotheke-eberbach.de

Tel: (+49) 06271 – 54 56 Fax 06271 – 71 420

Registergericht: MA HRA 712724

IK : 307001017

USt-IdNr.: DE457323768

Volksbank Neckartal eG

IBAN: DE19 6729 1700 0020 6827 01 BIC: GENODE61NGD