

Einverständniserklärung zur Impfung mit **Celvapan®**

Der **Impfstoff** ist ein inaktivierter Ganzvirus Impfstoff, der ein Antigen eines pandemischen Erregerstamms A/California/07/2009 (H1N1)* enthält und auf Vero-Zellen angezüchtet wurde.

	Bei Impfung von Erwachsenen	Bei Impfung von Kindern
Hatten Sie/Ihr Kind bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie/Ihr Kind derzeit oder in den letzten 2 Wochen Fieber gehabt? Leiden Sie/Ihr Kind derzeit an Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? Besteht derzeit eine andere Infektion?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie/Ihr Kind an einer Allergie? Wenn ja, an welcher?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen/Ihrem Kind eine angeborene oder erworbene Immunerkrankung vor? (Nehmen Sie/Ihr Kind Medikamente zur Beeinflussung des Immunsystems ein, z.B. Cortison? Befinden Sie/Ihr Kind sich in einer Chemotherapie oder Bestrahlungstherapie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie/Ihr Kind an einer schweren oder chronischen Erkrankung und/oder machen Sie gerade oder haben sie eine eingreifende Therapie durchgemacht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie/Ihr Kind ein Medikament zur Blutverdünnung ein? Wenn ja, welches?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie/Ihr Kind an einer chronisch entzündlichen Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks? Hatten Sie/Ihr Kind je epileptische Anfälle?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

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

Hinweis:

Die Schutzimpfung vor der Neuen Influenza schützt nicht vor der „saisonalen Influenza“, die durch andere Influenzaviren ausgelöst wird.

Bitte wenden

Ich bestätige, dass ich dieses Informationsblatt sorgfältig gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich wurde dort über mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden. Ich hatte Gelegenheit, offene Fragen mit einem Arzt abzusprechen und habe dazu keine weiteren Fragen.

Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

ja nein

Ich bin mit der Durchführung der Impfung bei meinem Kind einverstanden

ja nein

Vom Impfling in Blockschrift auszufüllen

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Sozialversicherungsträger: _____ --

Datum und Unterschrift des Impflings oder Erziehungsberechtigten:

Name der Impfstelle

Dieser Fragebogen dient zur Unterstützung des ärztlichen Gesprächs, kann dieses jedoch nicht ersetzen. Ich habe dem Impfling die Gelegenheit zu einem persönlichen Gespräch gegeben.

Unterschrift u. Stempel des Arztes:

Chargenaufkleber

Datum _____

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN