|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |       |
| **Vorname** |       |
| **Geburtsdatum** |       |
| **Anschrift** |       |
| **Krankenkasse** |       |
| **Versichertennummer** |       |

Vor der Durchführung der Grippeschutzimpfung bitten wir Sie um folgende Angaben:

1. Sind Sie gegenwärtig gesund?

[ ]  Ja [ ]  Nein

1. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt oder traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

[ ]  Ja [ ]  Nein

Sollten Sie noch Fragen zur Schutzimpfung gegen Influenza haben, fragen Sie den Betriebsarzt oder den/die Helfer(in), der/die die Impfung vornimmt.

**Einverständniserklärung zur Durchführung der Impfung
gegen Influenza bei dem o. g. Beschäftigten**

Ich habe den Inhalt des Merkblattes zur Kenntnis genommen. Ich bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend hierzu durch den Impfarzt informieren zu können.

[ ]  Ich habe keine weiteren Fragen zur Impfung.

[ ]  Ich bin mit der vorgeschlagenen Impfung gegen Influenza einverstanden.

|  |  |
| --- | --- |
|      ,       |  |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift der/des Beschäftigten** |

**!!! Bitte Versichertenkarte mitbringen !!!**