|  |  |
| --- | --- |
| **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 !!!**