

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Adresse: **Ort:**

E-Mail: **Handy Nummer:**

Ausschlusskriterien:

	Nein	Ja
▪ Fühlen Sie sich unwohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Haben Sie eine Allergie auf: Hühnereiweiss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf einen Bestandteil des Impfstoffs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sind bei früheren Impfungen Nebenwirkungen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sind Sie jemals bei einer früheren Impfung oder Blutentnahme in Ohnmacht gefallen oder ist Ihnen übel geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Wurden Sie bereits früher gegen Grippe geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Leiden Sie an einer Grunderkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Leiden Sie an einer Immunkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Leiden Sie an einem erhöhten Blutungsrisiko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einen Blutgerinnungshemmer (ausser Aspirin cardio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortison (>20mg/Tag)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Medikamente, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hatten Sie kürzlich eine andere Impfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Information des Apothekers zuhanden der Patientin/des Patienten über die Impfung:

Haben Sie Fragen zu folgenden Punkten:

- Wovor schützt die Impfung?
- Welche möglichen Nebenwirkungen¹ resp. welches Risiko beinhaltet die Impfung?
- Wer soll sich impfen lassen?

Ich bestätige vollständig über die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt worden zu sein.

Möchten Sie die Impfung durchführen? **Ja**

Unterschrift:

Verwendeter Impfstoff:

Datum des Impfgesprächs

Visum Apotheker

¹ Häufig Rötungen, Schmerzen und Jucken an der Impfstelle, selten (ca. 5% der Geimpften) leichtes Fieber, Muskelschmerzen oder Unwohlsein; ganz selten können Nesselsucht, Schwellungen, allergisches Asthma oder eine allergische Sofortreaktion auftreten (1 Fall pro Million geimpfter Personen).