

Gripeschutzimpfung/Covid-19-Auffrischungsimpfung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Gewünschte Impfung(en):

☐

Grippe (Influenza)

☐

Covid-19 (mRNA-Impfstoff Biontech XBB.1.5)

ja

nein

Leiden Sie derzeit unter einer akuten fieberhaften Erkrankung?

☐☐

Haben Sie eine Hühnereiweißallergie?

☐☐

Gab es allergische oder andere schwerwiegende Reaktionen auf frühere Impfungen?

☐☐

Wurden Sie in den letzten 12 Monaten gegen Covid-19 geimpft oder hatten Sie in diesem Zeitraum eine Covid-19-Infektion?

☐☐

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

☐☐

Typische Impfreaktionen sind Rötung, Schwellung oder Schmerzen an der Impfstelle. Auch Allgemeinreaktionen wie Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen und Unwohlsein können auftreten. Diese Reaktionen sind Ausdruck der erwünschten Aktivierung des Immunsystems und klingen in der Regel nach wenigen Tagen folgenlos ab. In den ersten Tagen nach der Impfung sollten außergewöhnliche körperliche Belastungen und Leistungssport vermieden werden.

Eine **seltene Nebenwirkung** der Covid-19-mRNA-Impfstoffe sind vorübergehende Gesichtsnervlähmungen. **Sehr seltene Nebenwirkungen** sind schwerwiegende allergische Sofortreaktionen sowie Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen.

☐

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf ein ärztliches Aufklärungsgespräch.

☐

Ich bin mit der/den o.g. Impfung(en) einverstanden.

Unterschrift

Datum

Chargennummer
Grippe

Chargennummer
Covid-19