

	Patienten Organisation und Empfang Impfverständnis Influenza	Version 1	Seite 1/1
		2A FB-43	
		Formblatt	

Name: _____

Vorname: _____

geb. Datum: _____

wurde zu unten genannter/genannten Impfung/en umfassend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, eventuelle Unklarheiten zu klären sowie weiterführende Informationen zu erhalten.

Ich wurde über folgende Punkte aufgeklärt:

- umfassende Aufklärung über die zu verhütende Erkrankung und über den Nutzen meiner Impfung
- Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen meiner Impfung
- Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung
- Aufklärung über Beginn und Dauer der Schutzwirkung
- Hinweise zu Auffrischungen

- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden
- Ich bin mit der Durchführung der Impfung **nicht** einverstanden. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hat mich mein Arzt informiert.
- Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich an Impfauffrischungstermine im folgenden Jahr erinnern.

Impfstoff:

Grippeimpfstoff (Influenza) der aktuellen Saison 2025/2026

Auf Wunsch erhalte ich eine Kopie des Originaldokuments

Datum: _____

Unterschrift Impfling/Sorgeberechtigten

Unterschrift Arzt/Mitarbeiterin