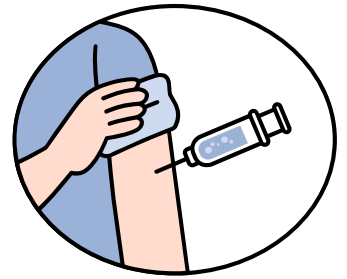




Anamnese

Zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)



Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____

Krankenkassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____

1. Sind sie mindestens 18 Jahre alt? ☐ ja ☐ nein
2. Sind sie über 60 Jahre alt? ☐ ja ☐ nein
3. Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein
4. Nehmen sie blutverdünnende Medikamente (außer ASS) ein? ☐ ja ☐ nein
5. Haben Sie Blutgerinnungsstörungen? ☐ ja ☐ nein
6. Sind sie immunsupprimiert, durch eine Erkrankung oder
Medikamente (u. a. Prednisolon > 5 mg)? ☐ ja ☐ nein
7. Sind sie allergisch , insbesondere auf Bestandteile des Impfstoffs
(Hühnereiweiß, Formaldehyd, Octoxinol-9, Neomycin) ☐ ja ☐ nein
8. Haben sie bei einer früheren Impfung schon einmal reagiert mit
Allergie, Fieber oder einer anderen ungewöhnlichen Reaktion? ☐ ja ☐ nein
9. Haben Sie schon einmal einen anaphylaktischen Schock
unbekannter Ursache erlitten? ☐ ja ☐ nein
10. Haben Sie einen geplanten operativen Eingriff in den nächsten 3
Tagen nach dem Impftermin? ☐ ja ☐ nein