GRIPPE
Fragebogen zur Grippe-Impfung

Voraussetzung: Gesunde und urteilsfähige Person ab 16 Jahren.

Die saisonale Grippeimpfung wird empfohlen für:
- Personen ab 65 Jahren
- Personen, die aus beruflichen oder privaten Gründen regelmässig Kontakt zu Risikopersonen mit erhöhtem Komplikationsrisiko oder zu Säuglingen < 6 Monaten haben
- Beschäftigte im Gesundheitswesen, Mitarbeitende von Kinderkrippen, Alters-und Pflegeheimen etc.
- Alle Personen, die ihr Risiko für eine Grippeerkrankung vermindern wollen
- Personen mit bestimmten chronischen Erkrankungen

Persönliche Daten:

Name:_____ Vorname: _____

Adresse:_____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum:_____ Geschlecht: ☐w ☐m

Telefonnummer:_____ E-Mail: _____

	JA	NEIN	WEISS NICHT
Fühlen Sie sich heute krank/unwohl?	☐	☐	☐
Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?	☐	☐	☐
Sind Sie allergisch:			
- auf Hühnereiweiss?*	☐	☐	☐
- auf Medikamente?	☐	☐	☐
- auf einen der Bestandteile des Impfstoffs?*	☐	☐	☐
Hatten Sie jemals schwere Nebenwirkungen nach einer Impfung?	☐	☐	☐
Sind Sie jemals bei einer Impfung oder Blutentnahme in Ohnmacht gefallen oder ist Ihnen übel geworden?	☐	☐	☐
Ist dies das erste Mal, dass Sie sich gegen Grippe impfen lassen?	☐	☐	☐
Befinden Sie sich zur Zeit regelmässig in ärztlicher Kontrolle?	☐	☐	☐
Sind Sie schwanger?*	☐	☐	☐
Leiden Sie an einer Grunderkrankung?*	☐	☐	☐
Leiden Sie an einer Immunkrankheit?*	☐	☐	☐
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?*	☐	☐	☐
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein:	☐	☐	☐
- einen Blutgerinnungshemmer (ausser Aspirin)?*	☐	☐	☐
- Kortison?*	☐	☐	☐
- ein Medikament, das das Immunsystem hemmt?*	☐	☐	☐
- ein anderes Medikament (bitte mitteilen unter Bemerkungen)?	☐	☐	☐

* Wenn «ja» bei mindestens einer Frage mit «*» → besonderes Impfrisiko (ärztliche Abklärung empfohlen)

Bemerkungen:

.....

DR. NOYER APOTHEKEN

Informationen zu den unerwünschten Wirkungen:

- Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Rötung, Juckreiz) kommen häufig vor und verschwinden meistens innert 2 Tagen.
- Reaktionen, die den ganzen Körper betreffen (Fieber, Muskelschmerzen, Unwohlsein) treten bei ca. 5% der Geimpften auf; sie halten selten länger als zwei Tage an.
- Schwere Nebenwirkungen (Nesselfieber, Schwellungen, Asthma, Schock) treten äusserst selten auf. Ein Zusammenhang zwischen Lähmungen (Guillain-Barré-Syndrom, GBS) und der Grippeimpfung ist nicht klar erwiesen; dazu kommt es in einem Fall pro 1 Million geimpfter Personen.

Sollten Symptome auftreten, die Sie beunruhigen, so informieren Sie bitte unverzüglich uns, eine Ärztin oder einen Arzt.

☐ **Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen und bestätige, auch über den Preis der Impfung informiert worden zu sein. Ich habe keine weiteren Fragen, sie wurden vorgängig mit der behandelnden Fachperson besprochen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung einer Injektion einverstanden.**

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Studienzwecken anonymisiert verwendet werden.

Ort/Datum: .....

Unterschrift der impfwilligen Person: .....

Wird durch Impfapotheker/innen ausgefüllt

Angaben zum Impfakt:

☐ Impfung durchgeführt

- ☐ Eintrag ins elektronische Impfdossier, inklusiv Chargennummer des Impfstoffes
- ☐ Eintrag im Impfausweis, inklusiv Chargennummer des Impfstoffes
- ☐ Kein Eintrag in Impfausweis/-dossier gewünscht

☐ Impfung nicht durchgeführt, wegen .....

☐ an Ärztin/Arzt weitergeleitet

☐ Impfung verschoben

Klebeetikette des Impfstoffs:

Datum der Impfung: .....

Unterschrift des/r Apothekers/in, welche/r geimpft hat: .....

Unerwünschte Wirkung nach Impfung (Sofortreaktion oder nach Rückmeldung vom Kunden)

☐ lokale Reaktion ☐ systemische Reaktion

Beschreibung (inkl. Follow-up):
.....

.....

Rückmeldedatum: .....

Dieses Dokument muss mind. 10 Jahre aufbewahrt werden.

DR. NOYER APOTHEKEN