

Impfung gegen Influenza und/oder Covid-19 2023/24

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Impfreaktionen („Nebenwirkungen“) allgemein:

Dies sind typische Beschwerden nach einer Impfung, hierzu zählen z. B. Rötung, Schwellung oder Schmerzen an der Impfstelle. Auch Allgemeinreaktionen wie Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen und Unwohlsein können auftreten. Diese Reaktionen sind Ausdruck der er-wünschten Aktivierung des Immunsystems und klingen in der Regel nach wenigen Tagen folgenlos ab. Für die vollständige Beschreibung lesen Sie bitte das Aufklärungsmerkblatt unter dem Internetpfad [RKI - Informationsmaterial zum Impfen - Aufklärungsmerkblatt zur COVID-19-Impfung mit mRNA-Impfstoff](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/FAQ_Uebersicht.html) bzw. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Influenza/FAQ_Uebersicht.html und wenden sich an uns, wenn Sie dazu offene Fragen haben.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen sowohl bei Impfung gegen Influenza als auch gegen Covid-19:

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

 ja nein

2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

 ja nein

3. Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft?

 ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

4. Falls Sie bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie danach eine allergische Reaktion entwickelt?

 ja nein

Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?

 ja nein

5. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

 ja nein

6. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

 ja nein

7. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

 ja nein

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

 ja nein

9. Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen oder ungewöhnliche Reaktionen auf?

 ja nein

Wenn ja, welche _____

10. Sind Sie schwanger¹? (Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty[®] wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

 ja nein

Die STIKO empfiehlt bei folgenden Personengruppen die jährliche Influenza-Impfung, bzw. Auffrischimpfung gegen Covid-19:

1. Personen im Alter ≥ 60 Jahren
2. Personen im Alter ≥ 6 Monaten, die aufgrund einer Grundkrankheit besonders gefährdet sind, schwer an Influenza oder COVID-19 zu erkranken
 - Chronische Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. COPD)
 - Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen sowie Erkrankungen des Nervensystems
 - Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen, auch Adipositas (**nur für Covid 19**).
 - Krebserkrankungen, Immunschwächekrankheiten
 - Trisomie 21
3. BewohnerInnen in Einrichtungen der Pflege sowie Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf in Einrichtungen der Eingliederungshilfe
4. Personal in medizinischen Einrichtungen und in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen mit direktem PatientInnen- bzw. BewohnerInnenkontakt
5. Familienangehörige und enge Kontaktpersonen von Personen, bei denen durch eine COVID-19-Impfung vermutlich keine schützende Immunantwort erzielt werden kann.
6. Personen in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr sowie Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können (**nur Influenza-Impfung**).
7. Schwangere (im 2. Trimenon, bei Vorerkrankungen schon im 1. Trimenon)

Einwilligungserklärung Covid – 19 – Impfung

Die STIKO empfiehlt die Impfung mit dem an die Omikron-Variante XBB.1.5 angepassten COVID-19-Impfstoffes von Comirnaty von BioNTech/Pfizer durchzuführen, daher verwenden wir ausschliesslich diesen Impfstoff.

- Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden. Die oben genannten Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ausserdem weiss ich, dass ich mich noch genauer über die Covid-Impfung unter dem Internetpfad [RKI - Informationsmaterial zum Impfen - Aufklärungsmerkblatt zur COVID-19-Impfung mit mRNA-Impfstoff](#) genauer zu informieren und bei Unklarheiten auf die Mitarbeiter der Impfpraxis zurückzukommen.

Ort/Datum/Unterschrift (ggf. Eltern/Betreuer/Sorgeberechtigter)

Einwilligungserklärung Influenza - Impfung

Die STIKO empfiehlt jährliche Impfung im Herbst mit einem inaktivierten quadrivalenten Impfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination („Influvac 23/24). Für Personen ≥ 60 Jahren werden inaktivierte quadrivalente Hochdosis-Impfstoffe („Eflueda 23/24“) empfohlen.

- Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden. Die oben genannten Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ausserdem weiss ich, dass ich mich noch genauer über die Influenza-Impfung unter dem Internetpfad [RKI - Influenza - Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Schutzimpfung gegen Influenza](#) genauer zu informieren.

Ort/Datum/Unterschrift (ggf. Eltern/Betreuer/Sorgeberechtigter)
