

## Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)

Name, Vorname: ..... geb. am: .....

Firma: .....

Krankenkasse (genaue Bezeichnung): .....

### Was ist die Grippe (Influenza)?

Die Grippe ist eine durch Viren hervorgerufene, saisonal auftretende Infektionskrankheit.

Die Übertragung erfolgt überwiegend durch Tröpfcheninfektion (Husten, Niesen), aber auch durch direkten Kontakt (z. B. Handschlag) und durch Kontaktinfektion über Gegenstände.

Typisch ist ein plötzlicher Beginn mit hohem Fieber, Schüttelfrost, schwerem Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen, Halsschmerzen, trockenem Husten. Möglich sind auch leichtere und asymptomatische Verläufe. Die Ausheilung erfolgt über Tage bis Wochen.

Komplikationen (v.a. Lungenentzündung) und tödliche Verläufe treten v.a. bei älteren Personen und Menschen mit Grundleiden auf.

### Wer sollte geimpft werden? Wie häufig muss geimpft werden?

Während die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut die Grippeimpfung für spezielle Personengruppen empfiehlt, wird diese Impfung vom Sozialministerium Baden-Württemberg ohne Einschränkung öffentlich empfohlen.

Da sich die Grippeviren regelmäßig verändern, sollte jedes Jahr neu mit dem aktualisierten Impfstoff geimpft werden (bevorzugt im Oktober oder November).

### Impfschutz

Die Impfung bietet keinen hundertprozentigen Schutz. Gesunde junge Erwachsene können - bei sehr guter Übereinstimmung der zirkulierenden Grippeviren mit dem Impfstoff – in bis zu 80% geschützt sein. Bei älteren Menschen wirkt die Impfung grundsätzlich weniger zuverlässig.

Impfschutz ist in der Regel nach ca. 2 Wochen zu erwarten.

### Wer darf nicht gegen Grippe geimpft werden?

Personen mit bekannter Überempfindlichkeit / Allergie gegen Bestandteile des Impfstoffes werden nicht geimpft.

Sollten bei früheren Grippeimpfungen schwere Impfnebenwirkungen aufgetreten sein, muss vor einer erneuten Impfung eine Abklärung erfolgt sein.

Bei fieberhaften Infekten und akuten Erkrankungen sollte nach der Genesung geimpft werden.

### Mögliche Nebenwirkungen einer Schutzimpfung gegen Grippe:

Es kann für einige Tage zu Lokalreaktionen (Schmerzen, Rötung und Schwellung an der Impfstelle) und / oder Symptomen wie bei einer Erkältung (Fieber, Müdigkeit, Kopf-, Muskel- und Gliederschmerzen) kommen.

Sehr selten allergische Reaktionen der Haut und/oder des Bronchialsystems; in Einzelfällen schwerwiegende allergische Sofortreaktion (anaphylaktischer Schock).

Sehr selten Vaskulitis (Gefäßentzündungen) oder vorübergehende Thrombozytopenie (Verminderung der für die Gerinnungsfunktion des Blutes bedeutsamen Blutplättchenzahl).

Fraglicher Zusammenhang mit dem extrem seltenen Auftreten eines Guillain-Barré-Syndroms (aufsteigende Lähmungen).

b. w.

1.) Ist dies Ihre erste Grippeimpfung?  ja  nein

2.) Sind bei früheren Impfungen (auch bei anderen Impfungen) allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten?  
wenn ja, welche?  ja  nein

.....

3.) Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt ?  ja  nein

wenn ja, worauf?

.....

4.) Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt, wie bspw. Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, chronische Infekte, Immunschwäche, Asthma, Diabetes, Krebs, Nierenleiden, Nervenleiden?  ja  nein  
wenn ja, welche?

.....

5.) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. ASS, Marcumar, sonstige „Blutverdünner“?  
wenn ja, welche?  ja  nein

.....

6.) Besteht derzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein

7.) Besteht oder bestand kürzlich eine akute Erkrankung?  ja  nein  
wenn ja, welche?

.....

Ich, ....., geb. am .....,  
habe den Inhalt des Merkblattes „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)“ gründlich gelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit der Impfärztin /dem Impfarzt zu klären sowie von ihr / ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich bin mit der Durchführung der Impfung gegen Grippe einverstanden.

Ich habe die „Datenschutzerklärung zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)“ zur Kenntnis genommen.

**Betrifft gesetzlich krankenversicherte Personen:**

Ich bin einverstanden, dass zur Erstattung der Impfstoffkosten an das KIT meine Daten (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Impfung) an meine Krankenkasse übermittelt werden.

Ort, Datum: .....

.....

Unterschrift des zu Impfenden

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Dokumentation:**

Impfstoff	Chargen-Nummer	Datum	rechter Delt. i.m.	linker Delt. i.m.
Flucelvax Tetra® 2022/23				