

GRIPPESCHUTZZIMPFUNG

FRAGEBOGEN

Freie und Hansestadt Hamburg
Landesbetrieb ZAF/AMD



(1) Angaben zur Person

Name

Vorname

geb.:

Beschäftigt bei:

(2) Angaben zur Tätigkeit (Indikationsgruppe ¹⁾)

- Medizinische und/ oder pflegerische Tätigkeit
- Tätigkeit mit umfangreichem Publikumsverkehr
(Definition: direkter und häufiger Kontakt mit Personen, die nicht der Arbeitsstätte zuzuordnen sind)
- Tätigkeit mit direktem Kontakt zu Geflügel und/ oder Wildvögeln

(3) Impftagesanamnese		Anmerkungen AMD
Haben Sie eine Allergie gegen Hühnereiweiß?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie eine Allergie gegen Antibiotika?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie eine Allergie gegen Konservierungsstoffe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hatten Sie schon einmal Unverträglichkeiten nach Impfungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den letzten zwei Wochen eine akute fieberhafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem herabsetzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie weitere Fragen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

AMD Dokumentation (nur bei Nacherfassung notwendig)

- Von der Impfung zurückgestellt

Datum

Chargennummer

Unterschrift

¹⁾ Arbeitsmedizinische Indikation als Voraussetzung für eine Impfung im AMD