
Grippenimpfung

Einverständniserklärung

Personalien

Praxis

Die Grippe (Influenza) ist im Winter eine häufige Infektionskrankheit. Das Risiko einer Erkrankung und von Komplikationen lässt sich durch eine Grippeimpfung im Herbst reduzieren. Empfohlen wird sie für bestimmte Risikogruppen und deren Kontaktpersonen.

Impfempfehlung

Die Grippeimpfung wird empfohlen für Personen mit erhöhtem Komplikationsrisiko:

- Personen ab 65 Jahre
- schwangere Frauen
- frühgeborene Kinder bis zwei Jahre
- Personen mit chronischen Erkrankungen

erhöhtem Kontakt-/Übertragungsrisiko:

- Medizinal-/Pflegepersonal und andere Personen, die direkten Kontakt mit Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko haben

Mögliche Nebenwirkungen

- lokale Reaktion an Einstichstelle
- Fieber, Übelkeit, Muskel-, Gelenk- und Kopfschmerzen sowie andere Grippe-symptome
- sehr selten allergische oder neurologische Reaktionen

Kostenübernahme/Kostentragung

- Übernahme durch Grundversicherung (gemäss KLV Art. 12a):
Impfung gegen Influenza:
 1. Jährliche Impfung bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko gemäss Impfplan 2019.
 2. Während einer Influenza-Pandemie-Bedrohung oder einer Influenza-Pandemie bei Personen, bei denen das BAG eine Impfung empfiehlt.Auf dieser Leistung wird keine Franchise erhoben. Für die Impfung inklusive Impfstoff wird eine pauschale Vergütung vereinbart.
- Übernahme durch Patienten oder Zusatzversicherung (hängt von der Zusatzversicherung ab):
Personen ohne erhöhtes Komplikationsrisiko.

	Ja	Nein
Sind Sie über 65 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie momentan Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie momentan einen grippalen Infekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie allergisch auf Hühnereiweiss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals allergisch/empfindlich auf eine Impfung reagiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die vorstehende Erklärung habe ich gelesen und verstanden. Die Fragen habe ich wahrheitsgetreu ausgefüllt. Ich bin mit der geplanten Grippeimpfung einverstanden.

Datum und Unterschrift der Patientin / des Patienten
(oder der / des Erziehungsberechtigten)