

Mir ist bekannt, dass ich frei in meiner Entscheidung bin an der Impfung teilzunehmen, diesen Bogen auszufüllen und die darin erfragten Informationen freiwillig sind. Mir ist auch bekannt, dass die Impfung und der gesamte Bogen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Impfungen haben in der Arbeitswelt einen wichtigen präventiven Stellenwert. Sie dienen dazu, beruflich bedingte Infektionsrisiken zu minimieren, die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen und die Ansteckung von übertragbaren Krankheiten, auch auf Dienstreisen, zu verhindern. Impfungen sind mit Ausnahme der Regelungen des Masernschutzgesetzes und diversen Reisezielen freiwillig.

Im Rahmen Ihrer Impfung verarbeitet und speichert die PIMA Ihre personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Kontaktdaten, Termini, Angaben zum Arbeitgeber und Arbeitsplatz und ggf. Ihre Personalnummer, das berufliche Reiseziel sowie die für die Impfung notwendigen Gesundheitsdaten, um die Impfung durchzuführen, den gesetzlichen Dokumentationspflichten nachzukommen und mit Ihrem Arbeitgeber abrechnen zu können. Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind in Art. 9 Abs. 2 lit. h und lit. i DSGVO, Art. 6 Abs. 1 lit. a, lit. c und lit. f DSGVO sowie unter §630f BGB geregelt. Übermäßige Impfreaktionen muss die PIMA dem Paul-Ehrlich-Institut melden (§ 6 IfSG).

Die Erkrankung

Die Virusgrippe (Influenza) ist eine hochansteckende Infektionskrankheit, die einen schweren Verlauf nehmen kann. Besonders gefährdet sind Menschen mit einer Grunderkrankung (Herz-Kreislauf- Erkrankungen, Nierenerkrankungen etc.) und Schwangere.

Die Impfung

Eine Grippeinfektion hinterlässt keine dauerhafte Immunität, da die Grippeviren sich ständig verändern. Eine besonders hohe Ansteckungsgefahr haben u.a. Menschen in Gemeinschaftseinrichtungen, medizinisches Personal und Personen mit umfangreichem Publikumsverkehr (z.B. Busfahrer, Lehrer). Für diese besonders gefährdeten Menschen empfiehlt die „Ständige Impfkommission“ (STIKO) eine jährliche Grippeimpfung mit dem aktuellen Grippeimpfstoff.

Die Grippeimpfung schützt nicht vor Infektionen der Luftwege, die durch andere Erreger ausgelöst werden (viele sog. „grippale“ Infekte mit Husten, Schnupfen). Für Grippeimpfstoffe werden Grippeviren in Hühnereiern oder in Zellkulturen angezüchtet und dann inaktiviert und gereinigt. Der Impfstoff enthält die immunologisch erkennbaren Teile der Virushülle von 3 relevanten Virusstämmen.

Unerwünschte Wirkungen / Komplikationen

Nach einer Impfung mit dem Impfstoff wurden in klinischen Studien die folgenden unerwünschten Wirkungen mit einer Häufigkeit von etwa 1-10% beobachtet: Reaktionen an der Injektionsstelle mit Rötung, Juckreiz und Verhärtung, grippeartige Beschwerden mit Fieber, Schüttelfrost, Erschöpfung, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwäche, Gelenk- und Gliederschmerzen. Diese sind Ausdruck der normalen Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff und klingen innerhalb von 1–3 Tagen ab. Sehr selten wurden nach Grippeimpfungen schwere allergische Reaktionen bis zum Schock beobachtet. Ebenfalls sehr selten (weniger als ein Fall auf 10.000 Geimpfte) wurden immunologisch vermittelte Erkrankungen des Nervensystems beobachtet, sowie eine Verminderung der Blutplättchen, eine Lymphadenopathie oder eine Entzündung der Blutgefäße.

Diese Nebenwirkungen können bei der Gabe des Hochdosisimpfstoffs insgesamt etwas häufiger und stärker auftreten.

Sollte in den ersten Wochen nach einer Grippeimpfung eine ungewöhnliche Störung der Gesundheit auftreten, so sollte der impfende Arzt informiert werden.

Durchführung und Verhalten nach der Impfung

Der Impfstoff wird in der Regel intramuskulär verabreicht, die empfohlene Injektionsstelle ist der Oberarm. Nach der Impfung sollte die Muskulatur des Oberarms für einen Tag geschont werden.



Ab dem Alter von 60 Jahren sollte nach Empfehlung der STIKO ein Hochdosisimpfstoff wie Efluelda verwendet werden.



Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter:

<https://www.pima.de/pages/display/datenschutz-arbmed>

Impfaufklärung und -einwilligung: Grippeimpfung

Name:		Geb.-Datum:	
Vorname:		☐ m ☐ w ☐ d	
Anschrift:			
Telefon:		E-Mail:	
Arbeitgeber:		ggf. Reiseziel:	

Zur Abschätzung des Risikos möglicher Nebenwirkungen durch die Impfung und zum Ausschluss von Gegenanzeigen beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Fragen	
Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Zeichen einer akuten Erkrankung? (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Heiserkeit oder sonstige Beschwerden)?	☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, folgende:	
Hatten Sie einen schweren Unfall oder eine Operation in den vergangenen drei Monaten? Ist ein chirurgischer Eingriff geplant in den kommenden vier Wochen?	☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, folgende:	
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?	☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, folgende:	
Sind Allergien bei Ihnen bekannt (z. B. gegen Aluminiumhydroxid, Neomycin, Polymyxin, Formaldehyd, Hühnereiweiß, Antibiotika) oder leiden Sie an Asthma?	☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, folgende:	
Traten Impf-Komplikationen bei früheren Impfungen bei Ihnen auf? (z.B. Kreislaufinstabilität, Bewusstlosigkeit, allergische Reaktion oder Anaphylaxie, Schmerzen, Hämatom, Blutung, Juckreiz, Lähmung, Fieber, Schwindel usw.)	☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, folgende:	
Ist Ihre körpereigene Abwehr (Immunsystem) durch eine Krankheit (z.B. innere Erkrankungen, HIV/AIDS) oder durch bestimmte Behandlungen (Chemotherapie, Desensibilisierung, Cortisontherapie, Strahlentherapie) beeinträchtigt?	☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, folgende:	
Nehmen Sie, falls ja welche, Medikamente ein? (besonders gerinnungshemmende Medikamente wie Aspirin, Heparin u. Clopidogrel oder immunmodulierende Medikamente wie Kortison, Immunsuppressiva usw.)	☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, folgende:	
Wurden in den vergangenen vier Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?	☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, folgende:	
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ Nein ☐ Ja

- ① Diese Impfung unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Über die Impfung und ihre möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich hatte die Möglichkeit, alle mich interessierenden Fragen mit der Ärztin/ dem Arzt zu besprechen und bin mir der Möglichkeit bewusst, jederzeit weitere Fragen an die Ärztin / den Arzt stellen zu können.
- ① Mit meiner Unterschrift bestätige ich, alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.
- ☐ Die schriftliche Impfaufklärung und die Datenschutzinformation habe ich zur Kenntnis genommen.
- ☐ Ich willige in die **Impfung** ein.

☐ **Ich lehne die Schutzimpfung ab.** Über mögliche entstehende Nachteile durch den Verzicht der Impfung wurde ich belehrt.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift – gesetzliche Vertreter*in

Lfd. Nr.	Chargen-Nr.	(Impf-)Datum	Applikation i.m.	Unterschrift Impfarzt
			☐ OA li. ☐ OA re.	