HAUSARZTPRAXIS
RHUMSPRINGE

Einverständnis COVID-19 + Grippeimpfung

Hiermit willige ich
geboren am in die Durchführung der

☐ COVID-19 und/oder
☐ Grippeimpfung
nach STIKO für die Saison 2026 / 2027 ein.

Es besteht zur Zeit kein Anhalt für eine Infektion, vor allem bin ich fieberfrei.

Mögliche Nebenwirkungen wie Rötung, Schwellung und Überwärmung der Injektionsstelle und leichte grippale Symptome in den Tagen nach der Impfung sind mir bekannt.

Auf körperliche Belastung wie sportliche Aktivitäten oder schwere körperliche Arbeiten bitte für ca. 2 Tage nach der Impfung verzichten. Bei Fragen sprechen Sie uns bitte an.

Rhumspringe,

X_____
Unterschrift Impfwillige Person oder gesetzl. Vertretung

Impfstoff:
Pat. Alter:

>60J.: FLUAD®
Saison 2026/2027
Lot: 3062446

<60J.: Flucelvax®
Saison 2026/2027
Lot: 3062749

COMIRNATY® LP.8.1
30 mcg injection
COVID-19 mRNA Vaccine
Ch.-B.: