

**Grippeimpfung
Einverständniserklärung
"Impfstoff Vaxigrip Tetra"**

**Vaccinazione antinfluenzale
Modulo di consenso
"Vaccino Vaxigrip Tetra"**

Vor- und Nachname
Nome e cognome _____

Geburtsort
Luogo di nascita _____

Geburtsdatum
Data di nascita _____

Wohnsitz
Residenza _____

Telefon
Telefono _____

Steuernummer / Codice fiscale: _____

Was ist „Vaxigrip Tetra“ und wofür ist es:

Der Impfstoff *Vaxigrip Tetra* dient zur Vorbeugung der Grippeerkrankung und schützt vor den Grippeviren, welche in dieser Jahreszeit im Umlauf sind.

Der Impfstoff ist sicher und wird in Hühnereiern aus gesunden Hühnerfarmen gezüchtet.

Er wird durch Injektion verabreicht.

Spezifische Anamnese

Allergie gegen Eier	Ja	Nein
Anaphylaktischer Schock nach der Zufuhr von Eiern	Ja	Nein
Allergie gegen Medikamente	Ja	Nein

Falls ja, gegen welche Medikamente?

Allergie gegen Neomycin	Ja	Nein
-------------------------	----	------

In den letzten Jahren schon gegen die Grippe geimpft?	Ja	Nein
---	----	------

Ich habe gelesen, es wurde mir in einer bekannten Sprache erklärt und ich habe voll und ganz verstanden, was mir vom Personal der Impfzentren gesagt wurde.

Ich habe den Arzt über aktuelle und/oder frühere Erkrankungen und laufende Therapien informiert.

Ich hatte die Möglichkeit Fragen Zum Impfstoff und zu meinem Gesundheitszustand zu stellen und ausreichende und für mich verständliche Antworten erhalten.

Ich wurde korrekt und in verständlichen Worten informiert, habe die Vorteile und die Risiken der Impfung, die Modalitäten und die therapeutischen

Cos'è "Vaxigrip Tetra" e a cosa serve:

Il vaccino *Vaxigrip Tetra* è indicato per la prevenzione della malattia influenzale e protegge contro i virus influenzali che circolano in questa stagione.

È sicuro, coltivato in uova di galline provenienti da allevamenti di polli sani.

Viene somministrato mediante iniezione.

Anamnesi specifica

Allergia alle uova	Si	No
Shock anafilattico in seguito ad assunzione di uova	Si	No
Allergia a farmaci	Si	No

Se sì, a quali farmaci?

Allergia alla Neomicina	Si	No
-------------------------	----	----

Già vaccinato negli anni scorsi contro l'influenza?	Si	No
---	----	----

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso quanto mi è stato detto dall'operatore del centro vaccinale.

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato informato correttamente e in termini comprensibili, ho compreso i benefici e i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative

Alternativen sowie die Folgen einer eventuellen Verweigerung oder eines Verzichts auf den Abschluss der Impfung verstanden.

Ich bin mir meiner Verantwortung bewusst, dass ich bei Auftreten von Nebenwirkungen unverzüglich meinen Arzt informieren und seine Anweisungen befolgen werde.

Ich stimme zu, nach Verabreichung des Impfstoffs mindestens 15 Minuten im Wartezimmer zu verbleiben, um sicherzustellen, dass keine unmittelbaren Nebenwirkungen auftreten.

Ich habe verstanden, dass es aufgrund der Indikationen des Gesundheitsministeriums und der Generaldirektion der Gesundheitsprävention vom 02.10.2021 möglich ist, den Impfstoff gegen SARS CoV2/Covid19 zusammen mit dem Grippeimpfstoff zu verabreichen.

therapeutische nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o mancato completamento della vaccinazione.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino reazioni avverse immediate.

Ho compreso che sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, del 02.10.2021 è possibile la co-somministrazione del vaccino anti Sars Cov2/Covid19 con il vaccino antinfluenzale.

EINVERSTÄNDNIS

Ich bin einverstanden und autorisiere die Verabreichung des folgenden Impfstoffes:

"Vaxigrip Tetra"

Datum und Ort / Data e luogo _____

*Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale*

CONSENSO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del seguente vaccino:

ABLEHNUNG

Ich lehne die Verabreichung des folgenden Impfstoffs ab:

"Vaxigrip Tetra"

Datum und Ort / Data e luogo _____

*Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale*

RIFIUTO

Gesundheitspersonal des Impfteams

1. Ärztin/Arzt

Vor- und Nachname
Nome e cognome _____

Berufsbild
Profilo professionale _____

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Medico

Ich bestätige, dass die zu impfende Person, nach angemessener Information, die Zustimmung zur Impfung gegeben hat.

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Firma del medico