

## Influenza-Hochdosis Nr. 11d

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

1. Ist der zu impfende Person gegenwärtig gesund?

ja  nein

2. Ist bei der zu impfenden Person eine Allergie - insbesondere gegen Hühnereiweiß bekannt?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Traten bei der zu impfenden Person nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja  nein

### SCHUTZIMPfung GEGEN INFLUENZA (Grippe) mit Hochdosis-Impfstoff für Personen ab 60 Jahren

Akute Infektionen der Atemwege gehören zu den häufigsten Erkrankungen, sie werden durch eine Vielzahl verschiedener Erreger, insbesondere Viren, verursacht. Eine besondere Rolle spielt das Influenza-Virus, der Erreger der ‚echten‘ Grippe, die jedes Jahr epidemisch auftreten kann. Verglichen mit anderen Erregern akuter Atemwegserkrankungen verursachen Influenza-Viren meist einen schwereren Krankheitsverlauf. Der beste Schutz besteht in einer rechtzeitig durchgeführten Impfung. Vor den durch andere Erreger hervorgerufenen, im Allgemeinen leicht verlaufenden akuten Atemwegserkrankungen, schützt die Influenza-Impfung nicht.

Die Influenza ist eine akute Erkrankung, die mit Fieber, Husten und Muskelschmerzen einhergeht und rein klinisch nicht immer von anderen Atemwegserkrankungen zu unterscheiden ist. Typisch ist ein plötzlicher Beginn aus völliger Gesundheit heraus. Vor allem bei älteren Menschen und chronisch Kranken werden häufig schwere Verläufe beobachtet. Die Virusgrippe tritt gehäuft in der kalten Jahreszeit auf. Deshalb sollte in der Regel in den Herbstmonaten (am besten Oktober / November) geimpft werden. Die Schutzimpfung kann aber jederzeit durchgeführt werden.

#### IMPfstoff

Die Influenza-Viren verändern sich ständig, sodass die Influenza-Impfung jährlich mit einem aktuellen Impfstoff wiederholt werden muss. Die sog. saisonalen Influenza-Impfstoffe werden alljährlich entsprechend der aktuellen Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hergestellt. Die Empfehlung berücksichtigt weltweit die aktuell zirkulierenden Influenza-Viren der Typen A und B. Auch der hier besprochene Hochdosis-Impfstoff enthält die Bestandteile von zwei Influenza A-Viren (A/H1N1 und A/H3N2) und zwei Influenza-B-Viren, die häufig gleichzeitig vorkommen. Aber auch wenn sich ausnahmsweise in einer Saison die Impfstoff-Zusammensetzung nicht ändert, sollte der Impfschutz aktualisiert werden, da er höchstens 1 Jahr anhält.

Der Hochdosis-Impfstoff ist für die Impfung von Erwachsenen ab 60 Jahren zum Schutz vor einer Influenza-Erkrankung zugelassen. Er wird auf Hühnereibasis hergestellt und sollte bevorzugt in den Muskel (Oberarm, ggf. seitlicher Oberschenkel), im Einzelfall auch unter die Haut gespritzt werden. Der Impfstoff sollte nicht in die Gesäßregion oder in Bereiche injiziert werden, in denen ein größerer Nervenstrang verlaufen könnte.

Falls dieser Influenza-Impfstoff zeitgleich mit anderen Impfstoffen verabreicht wird, sollte eine Impfung am rechten, die andere am linken Oberarm erfolgen. Dabei können einzelne Impfreaktionen eventuell verstärkt auftreten.

Ihre Impfärztin/ Ihr Impfarzt kann Sie dazu beraten. Der Impfschutz beginnt etwa 2 bis 3 Wochen nach der Impfung.



## Influenza-Hochdosis Nr. 11d

### WER SOLL GEIMPFT WERDEN?

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt für alle Personen ab 60 Jahren eine Influenza-Impfung bevorzugt mit Hochdosis-Impfstoff, da sie durch eine Influenza-Erkrankung besonders gefährdet sind. Der Hochdosis-Impfstoff enthält die 4fache Menge an Impfantigen im Vergleich zu herkömmlichen Grippe-Impfstoffen und bietet Personen in der Altersgruppe ab 60 Jahren eine bessere Schutzwirkung.

### WER SOLL NICHT GEIMPFT WERDEN?

Wer an einer akuten Krankheit (v. a. fiebrige Infektion) leidet, sollte erst nach Genesung geimpft werden. Wer an einer schweren Überempfindlichkeit gegen Bestandteile des Impfstoffes leidet, darf nicht mit diesem Impfstoff geimpft werden. Das kann z. B. bei einer nachgewiesenen schweren Allergie gegen Hühnereiweiß der Fall sein.

### VERHALTEN VOR UND NACH DER IMPFUNG

Bei Personen, die zu Kreislaufreaktionen neigen oder bei denen Sofortallergien bekannt sind, sollte die Ärztin / der Arzt vor der Impfung darüber informiert werden. Gelegentlich treten Ohnmachtsanfälle direkt nach (oder sogar schon vor) der Impfung als Stressreaktion auf den Nadeleinstich auf.

Die / der Geimpfte bedarf keiner besonderen Schonung, innerhalb von 3 Tagen nach der Impfung sollten aber ungewohnte körperliche Belastungen vermieden werden.

### MÖGLICHE LOKAL- UND ALLGEMEINREAKTIONEN NACH DER IMPFUNG

Nach der Impfung kann es sehr häufig (bei 10 Prozent oder mehr der Geimpften) zur Rötung und Schmerzen an der Impfstelle und zu Unwohlsein kommen. Ebenfalls sehr häufig können Muskel- und Kopfschmerzen auftreten. Häufig (bei 1 bis unter 10 Prozent der Geimpften) treten Schwellung, Verhärtung und ein blauer Fleck an der Injektionsstelle sowie Schüttelfrost und Fieber (37,5 °C und höher) auf. Lymphknotenschwellungen in der Nähe des Impfortes sind möglich. Gelegentlich (bei 0,1 bis unter 1 Prozent der Geimpften) kommt es zu Juckreiz an der Injektionsstelle und zu Müdigkeit. Diese Reaktionen treten meist innerhalb der ersten 3 Tage nach der Impfung auf und klingen innerhalb von 3 Tagen ab. Gelegentlich werden auch Muskelschwäche und Erschöpfung beschrieben sowie Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit und Erbrechen, Durchfall). Selten (bei weniger als 0,1 Prozent der Geimpften) kommt es zu Schwäche- oder Schwindelgefühl, zu Gelenk- und Gliederschmerzen. In Einzelfällen werden Atemwegsbeschwerden (z. B. Husten, Atemnot, Engegefühl im Hals) oder auch Brustkorbschmerz beschrieben.

Die genannten Lokal- und Allgemeinreaktionen sind Ausdruck der normalen Auseinandersetzung des Körpers mit dem Impfstoff. In der Regel sind sie vorübergehend und klingen rasch und folgenlos wieder ab.



## Influenza-Hochdosis Nr. 11d

### SIND IMPFKOMPLIKATIONEN MÖGLICH?

Impfkomplikationen sind sehr seltene, über das normale Maß einer Impfreaktion hinausgehende Folgen der Impfung, die den Gesundheitszustand der geimpften Person deutlich belasten. Nach einer Influenza-Impfung mit dem Hochdosis-Impfstoff sind selten allergische Reaktionen z. B. der Haut (Juckreiz, Ausschlag, Nesselsucht) und der Atemwege möglich. Über eine allergische Sofortreaktion bis hin zum Schock wurde nur in Einzelfällen berichtet. Sehr selten kann es zu einer Gefäßentzündung kommen oder es verringert sich vorübergehend die Zahl der Blutplättchen, als deren Folge Blutungen auftreten können. Ebenfalls nur sehr selten wurden in der medizinischen Fachliteratur neurologische Nebenwirkungen (z. B. Missempfindungen, Nervenentzündung, vorübergehende Lähmungen, Krampfanfall mit und ohne Fieber) im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung beschrieben.

### BERATUNG ZU MÖGLICHEN NEBENWIRKUNGEN DURCH DEN IMPFARZT

In Ergänzung zu diesem Merkblatt bietet Ihnen Ihre Ärztin / Ihr Arzt ein Aufklärungsgespräch an. Wenn nach einer Impfung Symptome auftreten, welche die oben genannten schnell vorübergehenden Lokal- und Allgemeinreaktionen überschreiten, steht Ihnen die Impfärztin / der Impfarzt ebenfalls zur Beratung zur Verfügung.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung zur Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit Hochdosis-Impfstoff

Ich habe den Inhalt des Merkblatts zur Kenntnis genommen und bin von meiner Ärztin / meinem Arzt im Gespräch ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Influenza mit - Hochdosis-Impfstoff - ein.

Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung wurde ich informiert.

Vermerke:

Ort, Datum:

Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. der gesetzlichen Vertretungsperson

Unterschrift der Ärztin / des Arztes



## Erklärung zur Gripeschutzimpfung für Personen ab 60 Jahren

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

- Sind Sie momentan schwer akut erkrankt? Ja  Nein
- Haben Sie eine Allergie? Ja  Nein
- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Ja  Nein
- Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden? Ja  Nein
- Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung? Ja  Nein
- Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff? Ja  Nein
- Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar®? Ja  Nein
- Sind Sie schwanger? Ja  Nein

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_  
wohnhaft \_\_\_\_\_ (Straße), \_\_\_\_\_ (PLZ, Ort)  
Telefon (freiwillig) \_\_\_\_\_, E-Mail (freiwillig) \_\_\_\_\_  
krankenversichert bei \_\_\_\_\_, Versichertennummer \_\_\_\_\_

wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO für Patient\*innen ab 60 Jahren den tetravalenten Hochdosis-Impfstoff empfiehlt, ich mich aber auch mit einem anderen tetravalenten Impfstoff impfen lassen kann.

Ich habe mich im Aufklärungsbogen:

- Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit Hochdosis-Impfstoff für Personen ab 60 Jahren,  
 Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit Vierfachimpfstoff (tetravalenter Impfstoff)

gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker/in zu klären sowie von ihr/ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

- Ich habe keine weiteren Fragen.  
 Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Hochdosis-Impfstoff einverstanden.  
 Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Vierfachimpfstoff einverstanden.  
 Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfungen **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Anmerkungen:

## Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir *Impfzentrum Adler Apotheke, Mittelstraße 67, 40721 Hilden* als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen.

Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Gripeschutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, dies zu dokumentieren und um unsere Leistung bei Ihrem Versicherer später abrechnen zu können. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 132j Abs. 4 SGB V (Abwicklung des Behandlungsvertrags). Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt nach 10 Jahren. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme bei einem eventuellen Chargenrückruf zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 21 Abs. 2 ApBetrO.

Auf der Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j DSGVO i.V.m. § 27 BDSG verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten sowie Ihre Rückmeldung zur Impfung in der Apotheke auch zu statistischen Zwecken, in dem wir/unsere Dienstleister *Vertical-Life, dpo@vertical-life.info*, diese anonymisieren und in aggregierter Form (ohne Personenbezug) auswerten/auswerten lassen. Zweck der Statistiken ist die gesetzlich vorgeschriebene wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens. Diese Zwecke stellen zugleich unser berechtigtes Interesse dar.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir die Behandlung jedoch nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten *Michael Illhardt* wenden.

- Ich bin damit einverstanden, dass mich die Apotheke rechtzeitig an die nächste Gripeschutzimpfung erinnert. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers