

## Influenza (4-fach) Nr. 11a

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 Vierfachimpfstoff (tetravalenter Impfstoff)

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.

### IMPfstOFFE

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. Der Vierfachimpfstoff enthält die Bestandteile von zwei Influenza A-Viren (A/H1N1 und A/H3N2) und zwei Influenza-B-Viren, die häufig gleichzeitig vorkommen. Auch wenn sich ausnahmsweise in einer Saison die Impfstoff-Zusammensetzung nicht ändert, sollte der Impfschutz aktualisiert werden, da er höchstens 1 Jahr anhält.

Die hier besprochenen Vierfachimpfstoffe gegen Influenza werden auf Hühnereibasis hergestellt. Sie sind für Erwachsene und Jugendliche zugelassen, es können auch Kinder ab 6 Lebensmonaten — je nach verwendetem Impfstoff — geimpft werden. Der Impfstoff (0,5 ml) wird bevorzugt in den Muskel (Oberarm, seitlicher Oberschenkel), im Einzelfall auch unter die Haut gespritzt.

Die Influenza-Impfung kann gleichzeitig mit anderen Impfungen vorgenommen werden. Der Impfschutz beginnt etwa 2 bis 3 Wochen nach der Impfung. Kinder bis zum vollendeten 9. Lebensjahr, die noch nie gegen Grippe geimpft wurden, sollten nach frühestens 4 Wochen eine 2. Impfdosis bekommen.



## Influenza (4-fach) Nr. 11a

### WER SOLL GEIMPFT WERDEN?

Die Influenza-Impfung wird allen Personen empfohlen, die durch eine Influenza besonders gefährdet sind:

- Personen ab 60 Jahre
- alle Schwangeren ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel (bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens schon ab dem 1. Drittel)
- Personen, die durch ihren Beruf täglich mit vielen Menschen in Kontakt kommen, wie zum Beispiel Busfahrer oder Lehrer
- Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen
- Erwachsene, Jugendliche und Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens wie etwa chronischen Atemwegserkrankungen, chronischen Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten, Stoffwechselkrankheiten (z. B. Diabetes), angeborenen und erworbenen Schäden des Immunsystems (z. B. HIV-Infektion), chronischen neurologischen Krankheiten (z. B. Multiple Sklerose)
- Personen, die von ihnen betreute Risikopersonen mit Influenza anstecken könnten, bei denen aber auch selbst ein hohes Ansteckungsrisiko durch Patienten und Pflegebedürftige besteht; dazu zählen medizinisches und Personal in der Pflege alter und kranker Menschen sowie auch alle Haushaltsangehörigen der Risikoperson
- Personen mit direktem Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln.

Die Impfpflicht für Schwangere wurde bereits 2010 aufgenommen, da Studien zeigten, dass Schwangere ein deutlich erhöhtes Risiko für schwere Komplikationen bei einer Influenza-Erkrankung haben. Unerwünschte Nebenwirkungen wurden weder bei der Mutter noch beim Kind beobachtet. Auch in der Stillzeit kann die Impfung verabreicht werden.

Wer an chronischen neurologischen Erkrankungen leidet, beispielsweise neuromuskulären Erkrankungen, hat ebenfalls ein erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe der Influenza (auch Kinder). Daher sollen auch diese Patienten geimpft werden ebenso wie MS-Patienten, bei denen Influenza zu neuen Krankheitsschüben führen kann.

### WER SOLL NICHT GEIMPFT WERDEN?

Wer an einer akuten Krankheit (v. a. bei fiebrigen Infektionen) leidet, soll nicht geimpft werden. Die Impfung ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt nachzuholen. 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 Reaktion auf den Nadeleinstich auf, die während der Erholungsphase vorübergehend von Sehstörungen, Missempfindungen oder unwillkürlichen Bewegungen begleitet sein können.

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

### MÖGLICHE LOKAL- UND ALLGEMEINREAKTIONEN NACH DER IMPFUNG

Nach der Impfung kann es häufig bis sehr häufig (1 bis 10 Prozent oder mehr der Geimpften) an der Impfstelle zu Rötung oder schmerzhafter Schwellung kommen. Dies ist Ausdruck der normalen Auseinandersetzung des Körpers mit dem Impfstoff und tritt meist innerhalb von 1 bis 3 Tagen, selten länger anhaltend, auf. Gelegentlich (0,1 bis 1 Prozent) schwellen und verhärten nahe gelegene Lymphknoten, häufig es kann zu Juckreiz, Verhärtung oder gelegentlich zu einem Hämatom („blauer Fleck“) an der Einstichstelle kommen. Ebenfalls können Allgemeinsymptome auftreten wie Schüttelfrost, Fieber, Magen-Darm-Symptome wie Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall, Unwohlsein, Erschöpfung, Schwindel, Schwitzen, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, gelegentlich auch Ausschlag. Bei Kindern werden auch



## Influenza (4-fach) Nr. 11a

Reizbarkeit und Appetitlosigkeit beobachtet. In der Regel sind diese genannten Lokal- und Allgemeinreaktionen vorübergehend und klingen rasch und folgenlos wieder ab.

### 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 werden selten allergische Reaktionen z. B. der Haut (gelegentlich mit Juckreiz und Nesselsucht) und der Atemwege beobachtet. Über eine allergische Sofortreaktion (allergischer Schock) wurde nur in Einzelfällen berichtet. Sehr selten kann es zu einer Gefäßentzündung (sehr selten mit Nierenbeteiligung) 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 im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung beschrieben (z. B. Nervenentzündung, vorübergehende Lähmungen, Krampfanfall mit und ohne Fieber).

### BERATUNG ZU MÖGLICHEN NEBENWIRKUNGEN DURCH IHRE ÄRZTIN / IHREN ARZT

In Ergänzung zu diesem Merkblatt bietet 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 Vierfachimpfstoff

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 Vierfachimpfstoff 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 unter 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 anhand des Informationsbogens „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit einem Vierfachimpfstoff (tetravalenter Impfstoff)“ gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker/in zu klären sowie von ihm/ihr 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/unser 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