

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

**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  sì  no

Shock anafilattico in seguito ad assunzione di uova  sì  no

Allergia a farmaci  sì  no

Se sì, a quali farmaci?  
\_\_\_\_\_

Allergia alla Neomicina  sì  no

Già vaccinato negli anni scorsi contro l'influenza?  sì  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 terapeutiche nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o mancato completamento della vaccinazione.

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-CoV-2/Covid-19 zusammen mit dem Grippeimpfstoff zu verabreichen.

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-CoV-2/Covid-19 con il vaccino antinfluenzale.

### EINVERSTÄNDNIS

Ich bin einverstanden und autorisiere die Verabreichung des folgenden Impfstoffes:

### CONSENSO

Accosento ed autorizzo la somministrazione del seguente vaccino:

**"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*

### ABLEHNUNG

Ich lehne die Verabreichung des folgenden Impfstoffs ab:

### RIFIUTO

Rifiuto la somministrazione del seguente vaccino:

**"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*

### Gesundheitspersonal des Impfteams

1. Ärztin/Arzt

Vor- und Nachname

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Berufsbild

Profilo professionale \_\_\_\_\_

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

### Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Medico

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

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
Firma del medico*

2. Ärztin/Arzt oder andere Gesundheitsbedienstete/  
anderer Gesundheitsbediensteter

2. Medico o altra Operatrice sanitaria/altro  
Operatore sanitario

Vor- und Nachname

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Berufsbild

Profilo professionale \_\_\_\_\_

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 des Gesundheitsbediensteten/der Gesundheitsbediensteten  
Firma dell'Operatrice sanitaria/Operatore sanitario

**Die Anwesenheit der/des zweiten Gesundheitsbediensteten ist nützlich, aber bei Impfungen im häuslichen Bereich oder im Zusammenhang mit logistisch-organisatorischen Problemen nicht unbedingt erforderlich.**

**La presenza della seconda operatrice sanitaria/del secondo operatore sanitario è utile, ma non indispensabile in caso di vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.**

#### Details zu Verabreichung der Impfung

#### Dettagli operativi della vaccinazione

	Verabreichungsstelle Sito di iniezione M. deltoideus		Charge Lotto	Verfallsdatum Data di scadenza	Verabreichungsort Luogo di somministrazione	Datum und Uhrzeit Data e ora	Unterschrift Gesundheitspersonal Firma personale sanitario
	dx	sx					
Dosis Dose							