Zustimmungserklärung

Inhalt: [X] Zustimmung zur Impfung durch den gesetzlichen Vertreter

Leistungsempänger:

Name: .....
Vorname: .....
Straße: .....
PLZ Ort: .....
Bundesland: .....
Krankenkasse: .....
Sportart: .....

Die Grippeschutzimpfung ist eine vorbeugende Maßnahme zur Verhinderung einer Influenza-Erkrankung (echte Grippe), die nicht mit einem banalen "grippalen Infekt" (einer Erkältung) verwechselt werden darf.
Es wir empfohlen, die Impfung möglichst jedes Jahr in der Zeit von September bis November durchführen zu lassen. Eine Impfung ist jedoch auch zu einem späteren Zeitpunkt noch möglich und sinnvoll, da der Impfschutz bereits 7 bis 14 Tage nach der Impfung voll ausgeprägt ist. Der nach einer Impfung gebildete Schutz ist 6 bis 12 Monate wirksam.

Die Empfehlung für eine Impfung gilt vor allem für Risikopersonen z.B. Leistungssportler mit tendenziell anfälligem Immunsystem.

Die Influenzaimpfung verhindert bei jungen immunkompetenten Personen in etwa 90 % eine Influenza-Erkrankung.

Nebenwirkungen (populärwissenschaftlich)

Der Impfstoff selbst kann weder Influenza noch andere Erkrankungen auslösen. Nebenwirkungen treten bei etwa 13% der Geimpften auf. Diese beschränken sich allerdings, wie in randomisierten, kontrollierten und doppelblinden Studien festgestellt wurde, auf lokale Beschwerden wie Rötungen, Schwellungen oder Schmerzen an der Einstichstelle. Diese können 1 bis 3 Tage anhalten und stören den betroffenen Menschen nicht weiter. Leichte Allgemeinbeschwerden wie Fieber, Gliederschmerzen, Mattigkeit usw. können bei Personen auftreten, die noch nie mit dem Grippe-Virus in Kontakt gekommen sind.

Die Impfung erfolgt nach Vorlage einer vom Personenberechtigtem Zustimmungserklärung in der medizinischen Praxis des OSP-Vertragsarztes: Dr. Winfried Schubert
Dresdener Str. 18
03050 Cottbus

Hiermit erteile ich ..... , als gesetzlicher Vertreter des Leistungsempfängers

[ ] meine Zustimmung zur Impfung

[ ] keine Zustimmung zur Impfung

.....
Datiúm Unterschrift (Personensorgeberechtigte/r)