

### **Wie wird die Impfung gegen Influenza durchgeführt und wie sollte ich mich nach der Impfung verhalten?**

Der Impfstoff wird vorwiegend in die Oberarmmuskulatur injiziert. Die Impfung erfolgt mit einer Dosis und sollte kurz vor Beginn der jährlichen Grippesaison erfolgen. Es bedarf nach der Impfung keiner besonderen Schonung. Ungewohnte körperliche Belastungen sollten aber innerhalb von drei Tagen nach der Impfung vermieden werden.

### **Wer sollte gegen Influenza geimpft werden?**

Die Grippe-Impfung ist eine Impfung, die insbesondere Personen mit erhöhtem Übertragungs- oder Erkrankungsrisiko empfohlen wird. Die deutsche Expertenkommission für Impfungen (STIKO) empfiehlt die Grippe-Impfung folgenden Personen:

- Personen im Alter von > 60 Jahren,
- Personen ab dem 6. Lebensmonat mit Grunderkrankungen (Atemwege, Herz-Kreislauf-System, Niere, Stoffwechsel, Abwehrsystem, Blut)
- Personen mit häufigem Publikumsverkehr,
- Personen in medizinischen und pflegerischen Bereichen,
- Personen die gefährdete Personen betreuen
- Alle Schwangeren ab dem 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab dem 1. Trimenon
- Personen mit erhöhter Gefährdung durch direkten Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln

Darüber hinaus ist die Impfung für alle möglich, die nicht an Grippe erkranken wollen.

### **Wer darf nicht mit der Impfung gegen Influenza geimpft werden?**

Nicht gegen Grippe geimpft werden dürfen Personen mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Impfstoff-Bestandteile (z.B. Hühner-Eiweiß, Neomycin, Formalin, Octoxinol-9). Momentan gibt es jedoch einen hühnereiweißfreien Impfstoff, der in Zellkulturen hergestellt wird und für Allergiker geeignet ist. Weiterhin sollte bei Personen mit schweren Impfnebenwirkungen nach vorhergehenden Influenza-Impfungen die Grippe-Impfung bis zur endgültigen Abklärung ausgesetzt werden. Bei akuten hochfieberhaften Infektionen sollte nach der Genesung geimpft werden. Bei Autoimmunerkrankungen wurde kein Zusammenhang zwischen einer saisonalen Influenzaimpfung und dem Auftreten von Krankheitsschüben gefunden (vgl. für Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, systemischen Lupus erythe-

matodes). Auch wenn die Möglichkeit, einen Schub auszulösen, nicht sicher ausgeschlossen werden kann, ist dieses Risiko bei einer natürlichen Infektion wahrscheinlich deutlich höher.

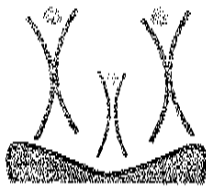
### **Können Nebenwirkungen oder Komplikationen nach der Influenza-Impfung auftreten?**

Der saisonale Influenzaimpfstoff ist in der Regel gut verträglich. In Folge der natürlichen Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff kann es bei der Impfung vorübergehend zu Lokalreaktionen (leichte Schmerzen, Rötung und Schwellung) an der Impfstelle kommen. Unabhängig vom Impfstoff treten gelegentlich vorübergehend Allgemeinsymptome wie bei einer Erkältung auf (Fieber, Frösteln oder Schwitzen, Müdigkeit, Kopf-, Muskel- oder Gliederschmerzen). In der Regel klingen diese Beschwerden innerhalb von 1-2 Tagen folgenlos wieder ab. Bei einer schweren Allergie gegen Hühner-eiweiß sollte allerdings mit den üblichen Influenza-impfstoffen nicht geimpft werden. Sehr selten werden allergische Reaktionen an Haut und Bronchialsystem beobachtet; über allergische Sofortreaktionen (anaphylaktischer Schock) wurde nur in Einzelfällen berichtet. Ebenfalls sehr selten kann es zu einer Vaskulitis (Gefäßentzündung) oder einer vorübergehenden Thrombozytopenie kommen (Verminderung der für die Gerinnungsfunktion des Blutes bedeutsamen Blutplättchenzahl). Ein Zusammenhang zwischen dem Guillain-Barré-Syndrom und der saisonalen Grippeimpfung besteht nach aktueller Datenlage nicht.

### **Muss die Impfung gegen Influenza aufgefrischt werden?**

Durch kontinuierliche Veränderung der Erreger ändert sich auch die empfohlene Impfstoffzusammensetzung. Der Impfstoff hinterlässt außerdem keine anhaltende Immunität. Daher wird die Influenzaimpfung einmal im Jahr empfohlen.

### **Wenn Sie darüber hinaus noch Fragen haben, wenden Sie sich an Ihre Ärztin/Ihren Arzt.**



**Fragebogen zur Schutzimpfung**

Name:

Geburtsdatum:

	Ja	Nein
Wurden Sie in den letzten 3 Monaten geimpft? Falls ja gegen was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie bei / nach vorhergehenden Impfungen (egal welche) gesundheitliche Probleme, insbesondere allergische Reaktionen (Hautausschläge, Atemnot, Anschwellen von Gesicht oder Zunge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren Sie allergisch auf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <b>Hühnereiweiß</b> <input type="checkbox"/> Neomycin, Streptomycin, Framycytin, Gentamicin, Kanamycin <input type="checkbox"/> Formaldehyd (Formalin), Octoxinol-9, Thiomersal <input type="checkbox"/> Polysorbat 80, Sucrose <i>(Zutreffendes bitte unterstreichen)</i>		
Haben Sie momentan gesundheitliche Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen bei Ihnen schwere chronische Krankheiten vor, besonders Epilepsie oder MS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen in den nächsten 2 Wochen eine Operation geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Immunabwehr unterdrücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? Oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur Frauen: Sind Sie schwanger? Oder stillen Sie zur Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

**Einverständniserklärung**

Ich habe den Inhalt des Merkblattes (Schutzimpfung gegen Grippe) zur Kenntnis genommen. Ggf. weitere Fragen habe ich mit dem Impfarzt geklärt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und möchte  geimpft werden.
- Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung wurde ich informiert.

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)

**Impfdokumentation**

Datum:  
Impfstoff:  
Chargen-Nr.:  
Impfender:

Aufgrund der sehr seltenen allergischen Reaktionen empfiehlt es sich, nach der Impfung für 30 Minuten in der Impfstelle oder unter ärztlicher Aufsicht zu verbleiben.

## Erklärung zur Impfung gegen Influenza

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ habe den Inhalt der Information "Aufklärung über die Impfung gegen Influenza" gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem behandelnden Arzt zu klären sowie von ihr/ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

- Weitere Fragen habe ich keine.
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung **nicht einverstanden**.

Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Anmerkungen:

Ort und Datum: .....

.....  
Unterschrift des Impflings bzw. Sorgeberechtigten

.....  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

<b>Dokumentation</b>			
Handelsname Impfstoff	Chargen-Nummer	Impfdatum	Impfung gegen (Krankheit)
	Aufkleber		
	Aufkleber		
	Aufkleber		
	Aufkleber		
<b>Arztstempel</b>	..... <b>Unterschrift des Arztes</b>		