**Name, first name (Name, Vorname):**

**Date of birth (Geburtsdatum) dd.mm.yyyy:**

**Questionnaire influenza vaccination with Influvac Tetra 2020/2021**

**Fragebogen zur Grippeschutzimpfung mit Influvac Tetra 2020/2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein |
| Have you had any health problems after previous vaccinations, especially allergic reactions to?*(Rashes, shortness of breath, swelling of the face and tongue)*Traten bei Ihnen nach vorhergehenden Impfungen gesundheitliche Probleme, insbesondere allergische Reaktionen auf?*(Hautausschläge, Atemnot, Anschwellen von Gesicht und Zunge)* |   |  |
| Are allergies/ hypersensitivity reactions known?If so, which ones?Sind Allergien/ Überempfindlichkeitsreaktionen bekannt?Wenn ja, welche? |  |  |
| Have an allergic reaction to it: Chicken egg white (ovalbumin, chicken proteins), formaldehyde, gentamicin sulfate, sodium deoxycholate?***(Please underline as appropriate)***Reagieren Sie allergisch auf: Hühnereiweiß, (Ovalbumin, Hühnerproteine), Formaldehyd,Gentamicinsulfat, Natriumdesoxycholat? **(*Zutreffendes bitte unterstreichen)*** |  |  |
| Are you currently undergoing hypersensitization?Wird bei Ihnen aktuell eine Hyposensibilisierung durchgeführt? |  |  |
| Do you currently have health problems?Haben Sie momentan gesundheitliche Probleme? |  |  |
| Do you have symptoms that indicate corona infection?*(Smell and/or taste disorders, aching limbs, malaise, diarrhoea, weakness)*Haben Sie Symptome, die auf eine Corona-Infektion hinweisen?*(Riech- und/ oder Geschmackstörungen, Gliederschmerzen, Unwohlsein, Durchfall, Schwäche)* |  |  |
| Have you had a feverish illness in the last 2 weeks?Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine fieberhafte Erkrankung? |  |  |
| Did you knowingly have direct face-to-face contact with a CoVid positive or sick person?Hatten Sie wissentlich direkten Face-to-Face-Kontakt zu einem CoVid-positiven oder -erkrankten Menschen? |  |  |
| Have you stayed in an RKI risk area (defined by the Robert Koch Institute) in the last 14 days?Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen in einem RKI-Risikogebiet aufgehalten? |  |  |
| Have you been ill with corona or have you tested positive for corona?Waren Sie an Corona erkrankt bzw. wurden Sie positiv auf Corona getestet? |  |  |
| Do you suffer from a chronic disease?*(e.g. multiple sclerosis or epilepsy)*Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?*(z.B. an Multipler Sklerose oder Epilepsie)* |  |  |
| Are you suffering from an immune system disease? Are you taking medication that suppress the immune response, e.g. cortisone, other immunosuppressive drugs?Besteht bei Ihnen eine Erkrankung des Immunsystems? Nehmen Sie Medikamente ein, die die Immunabwehr unterdrücken, z.B. Kortison, andere Immunsuppressiva? |  |  |
| Do you suffer from a malignant disease?Leiden Sie an einer bösartigen Erkrankung? |  |  |
| Are you planning any surgery in the coming weeks?Ist bei Ihnen in den kommenden Wochen eine Operation geplant? |  |  |
| Do you suffer from a blood clotting disorder or are you taking anticoagulant medication? *(e.g. Aspirin, Marcumar)*Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (*z.B. Aspirin, Marcumar*) |  |  |
| For women: Is there a pregnancy at the moment?Week of pregnancy: Vaccination can be considered from the second third of pregnancy. Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?Schwangerschaftswoche:Die Impfung kann ab dem zweiten Drittel der Schwangerschaft in Betracht gezogen werden. |  |  |

**Declaration of consent**

I am aware of the contents of the leaflet "Vaccination against influenza ("Seasonal influenza")

taken. The vaccinator advised me about the vaccination and answered my questions.

**Einverständniserklärung**

Den Inhalt des Merkblattes Schutzimpfung gegen Influenza („Saisonale Grippe“) habe ich zur Kenntnis genommen. Die Impfärztin/der Impfarzt hat mich zur Impfung beraten und mir meine Fragen beantwortet.

 I would like to be vaccinated against influenza (seasonal flu) I have no further questions.

Ich möchte gegen Influenza (saisonale Grippe) geimpft werden. Weitere Fragen habe ich nicht.

Dresden, \_\_.\_\_.20\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date / Datum *Signature / Unterschrift*