

## Anamnesebogen zur Grippeschutzimpfung

**Kontaktdaten (privat):**

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil \_\_\_\_\_

**Arbeitgeberdaten:**

Firmenname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Abteilung \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner:in \_\_\_\_\_

<b>1)</b> Sind bei Ihnen Allergien bekannt (insbes. gegen Hühner- eiweiß, Antibiotika oder andere Impfstoffinhalte)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche:
<b>2)</b> Traten bei Ihnen nach früheren Impfungen uner- wünschte oder allergische Reaktionen auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche:
<b>3)</b> Bestehen bei Ihnen Symptome oder Anzeichen einer akuten Erkrankung (z.B. fieberhafter Infekt)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche:
<b>4)</b> Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung bzw. Vor- erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche:
<b>5)</b> Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche:
<b>6)</b> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (insbes. blut- verdünnende oder immunmodulierende Medikamente)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welche:
<b>7)</b> Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, welches Trimester:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben.

Hiermit bestätige ich die Datenschutzinformation gemäß Art. 13 DSGVO gelesen und verstanden zu haben. Ich willige ein, dass die vorstehenden Gesundheitsdaten zu Zwecken der medizinischen Diagnose und Prävention verwendet werden.

Ich bin einverstanden mit der Speicherung meiner oben eingegebenen Daten und Untersuchungsergebnisse in der arbeitsmedizinischen Software SAmAs gespeichert und auf die DEKRA SE Server übermittelt werden. Umfang und Zweck der Speicherung meiner Daten sind mir daher bekannt. Der Widerruf kann über den Datenschutzbeauftragten: [datenschutz.automobil@dekra.com](mailto:datenschutz.automobil@dekra.com) erklärt werden.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: <https://www.dekra.de/de/datenschutz/>

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

-----  
**Unterschrift Impfling**

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

-----  
**Unterschrift/ Stempel Ärztin/Arzt**