

DEKRA Automobil GmbH, Zentrum für Arbeitsmedizin,

Anamnesebogen zur Grippeschutzimpfung

Kontaktdaten (privat):

Name _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße und Hausnr. _____
 PLZ und Ort _____
 Telefon / Mobil _____

Arbeitgeberdaten:

Firmenname _____
 Straße und Hausnr. _____
 PLZ und Ort _____
 Telefon _____
 Abteilung _____
 Ansprechpartner:in _____

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

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

Die Datenschutzinformationen habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass die vorstehenden notwendigen Gesundheitsdaten nur zum oben genannten Zweck zur medizinischen Diagnose und Prävention verwendet werden, und ausschließlich innerhalb der EU durch DEKRA auf Systemen der DEKRA gespeichert und archiviert werden.

Für Fragen zum Datenschutz stehen die Ansprechpartner vor Ort sowie der Datenschutzbeauftragte unter datenschutz.automobil@dekra.com zur Verfügung. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Betroffenenrechten finden Sie hier: <https://www.dekra.de/de/datenschutz/>.

Ort und Datum: _____

Unterschrift Impfling

Ort und Datum: _____

Unterschrift/ Stempel Ärztin/Arzt