

Name, Vorname	Geb. Datum	Arbeitgeber/Tätigkeit
---------------	------------	-----------------------

**Influenza („Grippe“)** ist eine mit Fieber, Husten und Muskelschmerzen einhergehende akute Erkrankung der Atemwege, die durch Infektion mit verschiedenen Typen von Influenza-Viren verursacht wird. Vor allem bei älteren Menschen und bei chronisch Kranken werden häufig schwere Verläufe der Erkrankung beobachtet, an der in jedem Jahr mehrere tausend Menschen versterben.

Akute fieberhafte Erkrankungen der Atemwege (sog. Erkältungen) gehören zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen, sie werden durch Hunderte verschiedener Viren verursacht. Diese lästigen, aber nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen werden durch die Influenza-Schutzimpfung nicht verhindert. Die Impfung bewirkt ausschließlich einen Schutz vor der eigentlichen Virus-Grippe bzw. Influenza.

Die Influenza tritt gehäuft zwischen November und April auf. Die Influenza-Schutzimpfung sollte deshalb idealerweise in den Herbstmonaten vorgenommen werden. Sie kann aber auch jederzeit nachgeholt werden.

### **Impfstoff**

Der Influenza-Impfstoff wird jedes Jahr entsprechend den vorherrschenden Virustypen neu zusammengestellt. Die Impfstoffe enthalten entweder abgetötete Influenza Viren oder Bestandteile von Influenza-Viren, die durch Antikörperbildung einen Schutz vor der Erkrankung hervorrufen. Durch den Impfstoff kann deshalb auch keine Infektion mit dem Virus erfolgen.

### **Wann und wer soll geimpft werden?**

Die Influenza-Viren verändern sich ständig, sodass auch Mitarbeiter:innen die im Vorjahr eine Influenza durchgemacht haben oder geimpft wurden, in diesem Jahr erneut erkranken können. Die Influenza-Impfung muss demnach jährlich wiederholt werden.

Der Impfstoff wird durch intramuskuläre Injektion verabreicht. Die Influenza-Impfung kann gleichzeitig mit anderen Impfungen vorgenommen werden. Der Impfschutz beginnt etwa 2-3 Wochen nach der Impfung.

### **Zu den jährlich zu impfenden Risikogruppen gehören insbesondere:**

- ✓ Mitarbeiter:innen über 60 Jahre
- ✓ Personen, die berufsbedingt mit vielen Menschen in Kontakt kommen
- ✓ Sanitätspersonal, medizinisches Personal oder Pflegepersonal
- ✓ Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, wie etwa chronischen Atemwegserkrankungen, chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und erworbene Schäden des Immunsystems (z. B. HIV-Infektion)
- ✓ Mitarbeiter:innen rechtzeitig vor Einsatzbeginn und Mitarbeiter:innen in den Einsatzgebieten (bezogen auf Soldaten)
- ✓ alle Schwangeren ab dem 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab 1. Trimenon.

### **Hochdosisimpfstoff für Personen über 60 Jahren**

Die STIKO (Ständige Impfkommission) empfiehlt für Personen ab 60 Jahren die jährliche Influenza-Impfung mit einem Hochdosis-Impfstoff. Der Hochdosis-Impfstoff hat im Vergleich zu dem Influenza-Standard-Impfstoff eine leicht aber signifikant bessere Wirksamkeit bei Senioren. MEDITÜV verimpft ausschließlich den Influenza-Standard-Impfstoff.

### **Mögliche Reaktionen nach der Impfung**

Die Influenza-Impfung ist eine sichere Impfung. Über das Auftreten bleibender Gesundheitsschäden nach der Impfung ist bisher nichts bekannt.

Gelegentlich kommt es innerhalb von 1-3 Tagen nach der Impfung, selten länger anhaltend, an der Impfstelle zu einer Rötung, Schwellung oder zu leichten Schmerzen, in einigen Fällen auch zu Verhärtungen oder Schwellungen der zugehörigen Lymphknoten.

Es können Allgemeinsymptome, wie Fieber, Frösteln, Übelkeit, Unwohlsein, Müdigkeit, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen auftreten. In der Regel klingen diese Impfreaktionen rasch und folgenlos wieder ab.

Sehr selten werden allergische Reaktionen an Haut und Bronchialsystem beobachtet. In Einzelfällen traten nach der Impfung allergische Sofortreaktionen (anaphylaktischer Schock) auf. Ebenfalls sehr selten kann es zu einer Vasculitis oder zu einer vorübergehenden Thrombozytopenie kommen (Verminderung der für die Gerinnungsfunktion des Blutes bedeutsamen Blutplättchenzahl), als deren Folge Blutungen auftreten können.

**Verhalten nach der Impfung**

Nach der Impfung sollten sie sich, wie bei einer leichten Krankheit, keinen außergewöhnlichen Anstrengungen aussetzen, bis die Impfreaktion abgeklungen ist. Sollten Ihnen irgendwelche ungewöhnlichen Krankheitssymptome nach der Impfung auffallen, so steht Ihnen der Impfarzt zur Beratung zur Verfügung.

**Wer darf nicht geimpft werden?**

Bei bestimmten (Vor)-Erkrankungen dürfen Sie nicht geimpft werden. Darüber hinaus dürfen Personen mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Impfstoffbestandteile (z. B. Hühnereiweiß, Neomycin, Formalin, Octoxinol-9) nicht geimpft werden.

Zur Feststellung von Gegenanzeigen (Kontraindikationen) werden Sie um die Beantwortung der u.a. Fragen gebeten. Bitte beantworten Sie die Fragen genau, da es um ihre Gesundheit geht!

**Bitte zutreffendes ankreuzen**

**Ja**                      **Nein**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sind Sie gegenwärtig gesund?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeitsreaktion (z. B. nach einer Impfung) bekannt?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist bei Ihnen eine Hühnereiweißallergie bekannt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Nur für (weibliche) Mitarbeiterinnen:</u> Sind Sie schwanger?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Nur für Personen ab 60 Jahren:</u> Haben Sie die hier enthaltene Information über den Hochdosisimpfstoff zur Kenntnis genommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bei weiteren Fragen zur Impfung oder zu den Impfreaktionen wenden Sie sich bitte an Ihren Betriebsarzt.

Über die Notwendigkeit der Impfung und ihre möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich habe diese Aufklärung sowie die medizinischen Fragen vollständig gelesen, verstanden und zutreffend beantwortet. Ich hatte die Möglichkeit, alle mich interessierenden Fragen mit dem Arzt zu besprechen. Ich habe keine weiteren Fragen mehr.

Ich erkläre mich mit der Impfung einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Proband:in

Für den internen Gebrauch:

Impfung durchgeführt                      ja  nein

Proband:in > 60 Jahre  
Aufklärung Hochdosisimpfstoff                      erfolgt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel impfender Arzt