

**Grippeimpfung  
 Anamnesebogen**

**Vaccinazione anti-influenzale  
 Scheda anamnestica**

Vor- und Nachname  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_

Geburtsort und -datum  
 Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Telefonnr.  
 Telefono \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine analoge Art von Impfstoff erhalten? Ha già ricevuto la somministrazione di un'analogo tipologia di vaccino? Falls ja, welchen? / Se sì, quale? _____	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Sind Sie derzeit krank? Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie Fieber? Ha febbre?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Besteht eine Allergie/Anaphylaxie auf Latex, Lebensmittel (v.a. Eier), Medikamente, (v.a. Neomycin) oder auf andere Substanzen oder auf Bestandteile des Impfstoffes (z.B. Eier, Neomycin)? È allergico/ha avuto reazione anafilattica al lattice, alimenti, farmaci, ad altre sostanze o ai componenti del vaccino (es. uova, neomicina)? Falls ja, bitte angeben / Se sì, prego specificare: _____	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Ernsthafte Reaktionen auf vorherige Impfungen? (Guillan Barré Syndrom GBS) Reazioni importanti dopo le precedenti vaccinazioni? (Sindrome di Guillan Barré GBS)	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie chronische Krankheiten ? Soffre di malattie croniche? Falls ja, welchen? / Se sì, quale? _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie im letzten Monat Impfungen erhalten? Ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese? Falls ja, welche? / Se sì, quale/i? _____	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? Sta assumendo farmaci anticoagulanti?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
<b>Falls Frau / Se donna</b> Sind Sie schwanger? È incinta?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so

Stillen Sie? Sta allattando?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Geben Sie die Medikamente, insb. Gerinnungshemmer, natürliche Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Mineralstoffe oder homöopathische Medikamente an, welche Sie derzeit einnehmen: Specifici di seguito i farmaci, in particolare anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:			

---

Ort und Datum / Luogo e data

---

Unterschrift der zu impfenden Person oder  
seinem gesetzlichen Vertreter/ihrer gesetzlichen Vertreterin  
Firma della persona che riceve il vaccino o  
del/la Suo/a rappresentante legale

---

Unterschrift des Arztes/der Ärztin  
Firma del medico