

**Grippeimpfung
Einverständniserklärung
"Impfstoff Efluelda"**

**Vaccinazione antinfluenzale
Modulo di consenso
"Vaccino Efluelda"**

Vor- und Nachname / Nome e cognome _____
Geburtsort / Luogo di nascita _____ Geburtsdatum / Data di nascita _____
Wohnsitz / Residenza _____ Telefon / Telefono _____
Steuernummer / Codice fiscale _____

Was ist „Efluelda“, wozu wird es gebraucht:

Der Impfstoff *Efluelda* dient der Vorbeugung der Grippe und schützt vor den Grippeviren, welche in dieser Jahreszeit im Umlauf sind.

Der Impfstoff ist sicher und wird in Hühnereiern aus Hühnerfarmen mit gesunden Tieren gezüchtet. Es handelt sich um einen inaktivierten Impfstoff mit höherer Dosierung und wird Personen ab 60 Jahren für eine höhere Wirksamkeit empfohlen.

Er wird durch Injektion verabreicht.

Ich habe gelesen, es wurde mir in einer bekannten Sprache erklärt und ich habe voll und ganz verstanden, was mir vom Personal der Impfzentren gesagt wurde.

Ich habe den Arzt über aktuelle und/oder frühere Erkrankungen und laufende Therapien informiert.

Ich hatte die Möglichkeit Fragen zum Impfstoff und zu meinem Gesundheitszustand zu stellen und ausreichende und für mich verständliche Antworten erhalten.

Ich wurde korrekt und in verständlichen Worten informiert, habe die Vorteile und die Risiken der Impfung, die Modalitäten und die therapeutischen Alternativen sowie die Folgen einer eventuellen Verweigerung oder eines Verzichts auf den Abschluss der Impfung verstanden.

Ich bin mir meiner Verantwortung bewusst, dass ich bei Auftreten von Nebenwirkungen unverzüglich meinen Arzt informieren und seine Anweisungen befolgen werde.

Ich stimme zu, nach Verabreichung des Impfstoffs mindestens 15 Minuten im Wartezimmer zu verbleiben, um sicherzustellen, dass keine *unmittelbaren Nebenwirkungen auftreten*.

Ich habe verstanden, dass es aufgrund der Indikationen des Gesundheitsministeriums und der Generaldirektion der Gesundheitsprävention vom 02.10.2021 möglich ist, den Impfstoff gegen SARS CoV2/Covid19 zusammen mit dem Grippeimpfstoff zu verabreichen.

EINVERSTÄNDNIS

Ich bin einverstanden und autorisiere die Verabreichung des folgenden Impfstoffes:

"Efluelda"

Datum und Ort / Data e luogo _____

Cos'è "Efluelda" e a cosa serve:

Il vaccino *Efluelda* è indicato per la prevenzione della malattia influenzale e protegge contro i virus influenzali che circolano in questa stagione.

È sicuro, coltivato in uova di galline provenienti da allevamenti di polli sani. Il vaccino è inattivato e contiene più antigene, è indicato per una maggiore efficacia nei soggetti di età pari o superiore a 60 anni.

Viene somministrato mediante iniezione.

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso quanto mi è stato detto dall'operatore del centro vaccinale.

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato informato correttamente e in termini comprensibili, ho compreso i benefici e i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o mancato completamento della vaccinazione.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino *reazioni avverse immediate*.

Ho compreso che sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, del 02.10.2021 è possibile la co-somministrazione del vaccino anti Sars Cov2/Covid19 con il vaccino antinfluenzale.

CONSENSO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del seguente vaccino:

*Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale*

ABLEHNUNG**RIFIUTO**

Ich lehne die Verabreichung des folgenden Impfstoffs ab: Rifiuto la somministrazione del seguente vaccino:

"Efluelda"

Datum und Ort / Data e luogo _____

*Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters
 Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale*

Gesundheitspersonal des Impfteams**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**1. Ärztin/Arzt1. Medico

Vor- und Nachname / Nome e cognome _____

Berufsbild / Profilo professionale _____

Ich bestätige, dass die zu impfende Person, nach angemessener Information, die Zustimmung zur Impfung gegeben hat.

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

 Unterschrift der Ärztin/des Arztes
 Firma del medico

2. Ärztin/Arzt oder andere Gesundheitsbedienstete/ anderer Gesundheitsbediensteter2. Medico o altra Operatrice sanitaria/altro Operatore sanitario

Vor- und Nachname / Nome e cognome _____

Berufsbild / Profilo professionale _____

Ich bestätige, dass die zu impfende Person, nach angemessener Information, die Zustimmung zur Impfung gegeben hat.

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

 Unterschrift des Gesundheitsbediensteten/der Gesundheitsbediensteten
 Firma dell'Operatrice sanitaria/Operatore sanitario

Die Anwesenheit der/des zweiten Gesundheitsbediensteten ist nützlich, aber bei Impfungen im häuslichen Bereich oder im Zusammenhang mit logistisch-organisatorischen Problemen nicht unbedingt erforderlich.

La presenza della seconda operatrice sanitaria/del secondo operatore sanitario è utile, ma non indispensabile in caso di vaccinazione a domicilio o in contesto di criticità logistico-organizzativa.

Details zu Verabreichung der Impfung**Dettagli operativi della vaccinazione**

	Verabreichungsstelle Sito di iniezione M. deltoideus		Charge Lotto	Verfallsdatum Data di scadenza	Verabreichungsort Luogo di somministrazione	Datum und Uhrzeit Data e ora	Unterschrift Gesundheitspersonal Firma personale sanitario
Dosis Dose	dx	sx					