Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Medizinische Dienste

Malzgasse 30
Postfach
4001 Basel

Freiwillige Grippeimpfung 2019

Dieses Feld bitte freilassen LotNr: ☐☐☐☐☐☐☐☐.☐☐ ☐☐☐☐☐

Hinweis
Für eine schnelle und genaue Bearbeitung dieses Formulars füllen Sie bitte die Felder mit einem dünnen, schwarzen oder blauen Stift aus und vermeiden Sie Berührungen mit den Rändern.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
S	T	U	V	W	X	Y	Z	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

☒

Name: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Vorname: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Privatadresse: Strasse und Hausnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐/☐☐☐

Geburtsdatum: ☐☐.☐☐.☐☐

PLZ: ☐☐☐☐☐

Ort: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Abteilung: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fragen:

1. Geschlecht — m ☐ f ☐
2. Besteht zur Zeit eine fieberhafte Erkrankung? — ja ☐ nein ☐
3. Bestehen:
   - Immunschwäche? — ja ☐ nein ☐
   - Chronische Erkrankungen? — ja ☐ nein ☐
   - Allergien allgemein? — ja ☐ nein ☐
   - Unverträglichkeit von Hühnereiweiss? — ja ☐ nein ☐
4. Nehmen Sie Blutverdünner ein? Falls "ja", welche _____ — ja ☐ nein ☐
5. Liessen Sie sich letztes Jahr gegen Grippe impfen? — ja ☐ nein ☐
   - Falls "ja", geschah dies im Rahmen unserer Impfaktion? — ja ☐ nein ☐
6. Hatten Sie früher Impfreaktionen, die ärztliches Eingreifen erforderten? — ja ☐ nein ☐
7. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? — ja ☐ nein ☐

Auswertung:

8. Dürfen wir Ihnen allenfalls zu dieser Grippeimpfaktion später schriftlich einige Fragen stellen? — ja ☐ nein ☐

Ich bestätige, dass meine obigen Angaben korrekt sind.

Datum: ☐☐.☐☐.☐☐

Unterschrift: _____