

PRAXIS DR. BECCARELLO

AMBULATORIO DR. BECCARELLO

Grippeschutzimpfung

Vaccinazione antiinfluenzale

Anagrafische Daten und Einverständniserklärung

Dati anagrafici e consenso per la vaccinazione

Die/Der Unterfertigte

La/Il sottoscritta/o

geb. in _____ am _____

nato/a a _____ , il _____

wohnhaft in der Gemeinde _____

residente nel comune di _____

gibt die Einwilligung zur

dá il consenso per la

Grippeschutzimpfung

vaccinazione antiinfluenzale

Unterschrift – Firma

Nach Information und Einverständnis – Dopo informazione e con l'accordo

Anamnese und Chargen-Nummer
Anamnesi e lotto

Sind Sie heute gesund Si sente bene oggi		Ja Si	Nein No	
(Chronische) Erkrankungen Malattie (croniche)		Ja Si	Nein No	
Medikamente Farmaci		Ja Si	Nein No	
Allergien Allergie		Ja Si	Nein No	
Ernsthafte Reaktionen nach vorherigen Impfungen Reazioni importanti dopo le precedenti vaccinazioni		Ja Si	Nein No	
Schwanger zurzeit In gravidanza		Ja Si	Nein No	
Risikogruppe Gruppi a rischio		Ja Si	Nein No	
Verabreichungsstelle Sito di iniezione	Charge Lotto	Verfallsdatum Data di scadenza	Datum und Uhrzeit Data e ora	Unterschrift Gesundheitspersonal Firma personale sanitario
dx	SX			
dx	SX			

Datum/Data

DER ARZT - IL MEDICO