

Gripeschutzimpfung

Ich habe vom Merkblatt „Information zur Gripeschutzimpfung 2010“ Kenntnis genommen. Fragen dazu konnte ich mit dem Impfarzt ausreichend besprechen. Meines Wissens bestehen bei mir keine der im Informationsblatt genannten Gegenanzeigen.

Mit der aktiven Impfung gegen Influenza (Grippe) bin ich einverstanden.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine unten aufgeführten Daten im Zusammenhang mit der durchgeführten Impfung erhoben, weitergeleitet und zu Erstattungszwecken verwendet werden.

Krankenkasse:	Deutsche BKK	PBeaKK <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/>	Name und Ort der Krankenkasse	
---------------	--------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--

Versichertennummer:

Kassennummer nach der Versichertenkarte:

Name	Vorname	Geb. Datum	Niederlassung	Datum	Unterschrift