

INFOBLATT GRIPPESCHUTZIMPFUNG

Ihr Schutz gegen die echte Virusgrippe

Jährlich zu Beginn der kalten Jahreszeit nimmt die Zahl der Erkältungskrankheiten zu. Gefürchtet ist die echte Virusgrippe (Influenza). Während eine banale Erkältung nach einer Woche meist komplikationslos abklingt, führt eine Infektion mit dem Influenzavirus zu einem hochfieberhaften Krankheitsbild.

Woran erkenne ich eine echte Virusgrippe?

Die für die echte Virusgrippe charakteristischen Erscheinungen sind Hustenreiz, Brennen und Schmerzen hinter dem Brustbein, starke Kopf- und Gliederschmerzen. Häufig setzen schon frühzeitig Kreislaufbeschwerden ein.

Welche Risiken birgt eine echte Virusgrippe?

Die Influenza beeinträchtigt die Immunabwehr des Körpers und bahnt dadurch bakteriellen Infektionen, am häufigsten einer schweren Lungenentzündung, den Weg. Als weitere Komplikationen der echten Virusgrippe treten u.a. Herzmuskelentzündungen, Hirnhaut- und Gehirnerkrankungen (die sogenannte Kopfgrippe) auf. Die Folgen sind lange Erkrankungszeiten, bleibende Organschäden und Todesfälle. Die Influenza ist eine Krankheit, die häufig in Form einer Epidemie auftritt - in Deutschland bevorzugt von Ende Dezember bis März.

Der wirksamste Schutz gegen die Komplikationen der Grippe ist die Influenza-Schutzimpfung.

Influenzaviren befinden sich in Ausatmungströpfchen, die beim Sprechen, Husten, Niesen und Ausatmen in großer Menge ausgeschleudert und über die Luft übertragen werden. **Die deutsche Impfkommision empfiehlt die Impfung besonders für Personen mit chronischen Krankheiten, häufigem Publikumskontakt und ab dem 60. Lebensjahr sowie für alle mit entsprechend gefährdeten Personen in der Familie und der näheren Umgebung.** Die Influenza-Schutzimpfung wird als aktive Impfung mit inaktiviertem Impfstoff durchgeführt. Dafür ist eine jährliche Impfung ausreichend. Die Impfung wird im Allgemeinen gut vertragen.

Mögliche Nebenwirkungen:

lokal: vorübergehende Rötung, Schwellung, Schmerzen

systemisch: Fieber, Unwohlsein, Schüttelfrost, Schweißausbrüche, Muskel- und Gelenkschmerzen (Diese Symptome sind im Allgemeinen mild und klingen ohne Therapie nach 1 – 2 Tagen ab). Selten kommt es zu allergischen Reaktionen, Nervenschmerzen, Empfindungsstörungen, Blutungen und Blutergüssen, sehr selten sind Gefäßentzündungen, Nervenentzündungen und Lähmungen. Nach der Impfung sollten sie sich am gleichen Tag körperlich nicht stark belasten (z.B. Sport, Sauna) und möglichst keinen Alkohol trinken.

Haben Sie noch Fragen? Wir beraten Sie gern!

Ihr Praxisteam

Termine nach Vereinbarung

Tel: 0049(0) 671 - 482 16 07

Fax: 0049(0) 671 - 48 16 88

kontakt@arzt-bad-kreuznach.de

www.arzt-bad-kreuznach.de



Dr. med. Johannes Wantzen

Arzt für Allgemeinmedizin,
Betriebsmedizin, Tropenmedizin

Staatlich ermächtigte
Gelbfieberimpfstelle

Verkehrsmedizinische
Untersuchungsstelle

Salinenstrasse 35

55543 Bad Kreuznach

Parkplatz ‚Wassersümpfchen‘ gegenüber

Virusgrippe / Influenza

Impfanamnese

/Einverständniserklärung



Dr. med. Johannes Wantzen

Arzt für Allgemeinmedizin,
Betriebsmedizin, Tauchmedizin

Staatlich ermächtigte
Gelbfieberimpfstelle

Verkehrsmedizinische
Untersuchungsstelle

Um das Risiko von Komplikationen zu verringern, beantworten Sie folgende Fragen bitte gewissenhaft:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Bitte Zutreffendes angeben

1. Leiden Sie zurzeit an einer Infektion/Entzündung? ja nein
 2. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, wenn ja an welcher? ja nein
.....
 3. Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja welche? ja nein
.....
 4. Hatten Sie nach früheren Impfungen Komplikationen? ja nein
 5. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, oder nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, ASS)? ja nein
 6. Sind Sie schwanger? ja nein
- Ich habe die Informationen des Merkblattes zur Kenntnis genommen und bin über die Möglichkeit informiert, mich ergänzend durch den Betriebsarzt informieren zu lassen.
- Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die vorgeschlagene Grippe-Impfung ein.
- Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile wurde ich informiert.

Ort, Datum, Unterschrift Impfling:

Impfdokumentation:

Datum: _____ Impfstoff/Chargen-Nr: _____

Unterschrift vom durchführenden Arzt: _____