

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den/die Geimpfte*n)

Erklärung zur Schutzimpfung

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie momentan schwer akut erkrankt? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie Allergien? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmacht oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)? | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie? | ☐ Ja | ☐ Nein |

Ich, _____, geboren am _____,
wurde über den/die von der STIKO empfohlenen Impfstoff/e:

_____ zur Impfung/zu den Impfungen gegen:

_____ aufgeklärt.

Ich wurde gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/meiner Apotheker*in zu klären sowie von ihm/ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

Wesentliche Anmerkungen und Hinweise:

(Hier können unter anderem Angaben zum verwendeten Impfstoff und zu Lieferengpässen eingetragen werden.)

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen o.g. Erkrankung/en mit o.g. Impfstoff/en einverstanden
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung/en **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Ort. Datum: _____

Unterschrift der/des Geimpften bzw. des/der Sorgeberechtigten

Name und Unterschrift der/des impfenden Apothekerin/Apothekers