Angaben zur Apotheke/Stempel

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Geimpften bzw. die Geimpfte)

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 (insbesondere gegen Hühnereiweiß oder Arzneimittel)?	☐ 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

Name, Vorname der zu impfenden Person:

Geburtsdatum:

Durchführung der Impfung gegen (bitte ankreuzen/einfügen):

- □ COVID-19
- □ Diphtherie
- □ FSME
- □ Hepatitis A
- □ Hepatitis B
- □ HPV
- □ Herpes Zoster
- □ Influenza
- □ Meningokokken ACWY
- □ Pertussis
- □ Pneumokokken
- □ Poliomyelitis (IPV)
- □ RSV
- □ Tetanus

Reiseimpfungen

- □ Chikungunya
- □ Cholera
- □ Japanische Enzephalitis
- □ Tollwut
- □ Typhus

Ich wurde gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem Apotheker bzw. meiner Apothekerin zu klären sowie von ihm bzw. 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/en gegen o.g. Erkrankung/en einverstanden

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Ort. Datum: _____

_____ Unterschrift der/des Geimpften bzw. des Betreuers/der Betreuerin

_____ Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers