



Erklärung zur

☐ Grippeschutz- und

☐ Covid-19-Impfung

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie auf Wunsch für die Patientin bzw. den Patienten)

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt oder haben über 38,5 °C Fieber?	☐ Ja	☒ Nein
Haben Sie eine Allergie gegen typische Bestandteile von Impfstoffen? Die Frage zielt auf Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffs - sofern ein Impfstoff appliziert werden soll, der mit Hilfe von embryonierten Hühnereiern gewonnen wurde - insbesondere nach Hühnereiweiß, Gentamicin und Neomycin.	☐ Ja	☒ Nein
Wenn ja, gegen welche?		
Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	☐ Ja	☒ Nein
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?	☐ Ja	☒ Nein
Nur bei Grippe-Impfung: Sind Sie schwanger?	☐ Ja	☒ Nein
Sind Sie älter als 60 Jahre oder gehören Sie zu einer Risikogruppe gemäß STIKO? Arbeiten Sie in einem Beruf mit erhöhtem Kontaktrisiko oder haben Sie regelmäßig erhöhte Personenkontakte, betreuen Sie pflegebedürftige Menschen oder sind selbst pflegebedürftig oder leiden Sie an chronischen Erkrankungen der Atemwege, des Herz-Kreislauf-Systems, der Niere, des Stoffwechsels, des Abwehrsystems oder des Blutes?	☒ Ja	☐ Nein
Nur bei Covid-Impfung: Wurde in den letzten 12 Monaten bei Ihnen eine Covid-Infektion nachgewiesen oder eine Covid-Impfung durchgeführt?	☐ Ja	☒ Nein
Sind Sie älter als 75 Jahre oder gehören Sie zu einer Risikogruppe mit erhöhtem Kontaktrisiko bzw. bestimmten Grunderkrankungen?	☒ Ja	☐ Nein

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft _____ (Straße), _____ (PLZ, Ort),

Telefon (freiwillig) _____, E-Mail (freiwillig) _____,

krankenversichert bei _____, Versichertennummer _____,

habe den Inhalt der Information gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker/in zu klären sowie von ihr/ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

☒ Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der o. g. Impfung einverstanden.

☒ Ich stimme der ausliegenden Datenschutzerklärung bzw. der Version auf der Homepage zu.

Impfstoff-Charge/Aufkleber:

Links	Rechts

Berlin, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der impfenden Apothekerin/des impfenden Apothekers