

STADTAPOTHEKE BAD WALDSEE OHG

Patientendaten zur Gripeschutzimpfung

Bitte vor der Impfung vollständig und gut lesbar ausfüllen.

1. Angaben der zu impfenden Person

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

2. Angaben zur Versicherung / Abrechnung

Versicherungsart: ☐ gesetzlich versichert (GKV) ☐ privat versichert / Selbstzahler ☐ sonstige Kostenerstattung

Krankenkasse / Kostenträger:

Krankenversichertennummer (KVNR):

Ich bestätige, dass die oben gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass die medizinische Anamnese, Aufklärung und Einwilligung zur Impfung gesondert erfolgen.

Datum:

Unterschrift der zu impfenden Person:

VON DER APOTHEKE AUSZUFÜLLEN

Impfdatum:	Uhrzeit:
Impfstoff / Handelsname:	Charge:
Applikationsort / Impfarm:	☐ links ☐ rechts
Impfende/r Apotheker/in:	Dokumentation im Impfausweis / Impfbescheinigung:
	☐ Impfausweis ☐ Impfbescheinigung
Aufklärung erfolgt / Anamnesebogen liegt vor?	

Interne Hinweise / Besonderheiten (keine Anamnese):

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/zur 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.

- ☐ 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**

**Unterschrift der/des impfenden Apothekerin/
Apothekers**