



Erklärung zur Schutzimpfung

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Patienten/die Patientin)

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

Gegen was soll geimpft werden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Grippe
☐ Covid-19
☐ Sonstiges: _____

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Allergie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche? ¹ _____		
Hatten Sie bereits allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmacht oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	☐ Ja	☐ Nein
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen nach der Impfung einen operativen Eingriff?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar® oder haben Sie an eine bekannte Blutgerinnungsstörung?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie?	☐ Ja	☐ Nein

Ich, _____, geboren am _____,

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

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

krankenversichert bei _____, Versicherten-Nr. _____,

wurde über den/die von der STIKO empfohlenen Impfstoff/e _____

aufgeklärt. Ich wurde gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er

Apotheker/in zu klären sowie von ihm/ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

¹ Viele Impfstoffe werden mit Hilfe von embryonierten Hühnereiern gewonnen. Deshalb sind v.a. Allergien gegen Hühnereiweiß, Gentamicin und Neomycin (Inhaltsstoffe im Impfstoff) problematisch. Liegt eine solche Allergie vor, kann auf einen zellkulturbasierten Impfstoff zurückgegriffen 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 **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Anmerkungen:

Durch die Apotheke auszufüllen:

Kann die Impfung trotz bekannter Allergie oder anderer Umstände durchgeführt werden?	☐ Ja	☐ Nein
Die zu impfende Person gehört zu einer der Gruppen mit Indikation für die Impfung nach STIKO-Empfehlung?	☐ Ja	☐ Nein
Die Sichtprüfung der Injektionslösung entspricht der Fachinformation?	☐ Ja	☐ Nein
Ausgewählter Impfarm:	☐ Links	☐ Rechts
Chargennummer: _____		

Ort, Datum: _____

Unterschrift der/des Geimpften bzw. des/der
Sorgeberechtigten

Unterschrift der/des impfenden Apothekerin/
Apothekers