

## 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.

### **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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des impfenden  
Apothekerin/Apothekers

## Dokumentation der Schutzimpfung gem. § 35a Abs. 5 ApBetrO

### Alternativ: Kopie des Abrechnungsbeleges hier einkleben

Name des Patienten/der Patientin:

geb. am:

Geschlecht: m ☐ / w ☐ / d ☐

Ausgewählter Impfarm: l ☐ / r ☐

Adresse des Patienten/der Patientin:

\_\_\_\_\_  
Name des Arzneimittels

\_\_\_\_\_  
Name des impfenden Apothekers/  
der impfenden Apothekerin

\_\_\_\_\_  
Chargennummer

\_\_\_\_\_  
Impfdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

oder Vignette hier einkleben

Name und Anschrift der impfenden Apotheke: **Pelikan Apotheke, F1 1, 68159 Mannheim**

Sichtprüfung der Injektionslösung entspricht der Fachinformation: ☐ ja ☐ nein

### ***Falls abweichend vom Impfdatum:***

☐ Aufklärung erfolgt am: \_\_\_\_\_

☐ Anamnese erfolgt am: \_\_\_\_\_

☐ Einwilligung erfolgt am: \_\_\_\_\_

*Falls zum Zwecke der Abrechnung der Impfung benötigt, Angaben zur Gesetzlichen Krankenversicherung:*

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Kostenträgerkennung:

Versichertenstatus: