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? Wenn ja, welche? _____	☐ 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

Angaben zum Patient/ zur Patientin:

Name: _____ Vorname:_____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Straße, Hausnr: _____ PLZ, Stadt: _____

Ich wurde über den/die von der STIKO empfohlenen Impfstoff/e:

_____

zur Impfung/zu 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: