



ANAMNESE UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen Grippe / COVID-19

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Telefon-Nr: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Krankenkasse: _____

Gewünschte Schutzimpfung gegen: ☐ Grippe ☐ COVID-19

Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? _____ ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion / Entzündung? _____ ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, an welcher? _____ ☐ ja ☐ nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja welche? _____ ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie nach früheren Impfungen Komplikationen? _____ ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, nehmen Sie Gerinnungshemmer ein? _____ ☐ ja ☐ nein

Sind Sie schwanger? _____ ☐ ja ☐ nein

Nur ausfüllen, wenn eine COVID-Impfung gewünscht ist:

Mit welchem COVID-Impfstoff wurden Sie zuletzt immunisiert? _____ Wann? _____

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus nachgewiesen? Wann? _____

☐ Ich hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit der Apothekerin/ dem Apotheker und habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich willige in die vorgeschlagene Grippe-Impfung ein.

☐ Ich lehne die Impfung ab.

☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken verarbeitet und aufbewahrt werden. Eine Löschung erfolgt nach 10 Jahren. Wir weisen darauf hin, dass wir gesetzlich zur Impfsurveillance verpflichtet sind und daher dem Robert-Koch-Institut pseudonymisiert übermittelt werden.

Datum

Unterschrift des Impflings

Unterschrift des Apothekers/ der Apothekerin