

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den/die Geimpfte*n)

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

Persönliche Daten

Ich, _____, geboren am _____,

Adresse: _____

Krankenkasse _____

Versichertennummer (siehe Versichertenkarte) _____

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

zur Impfung/zu den Impfungen gegen: COVID-19

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:

- ☐ 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: _____

Vignette Impfstoff

Unterschrift der/des Geimpften bzw. des/der
Sorgeberechtigten

Unterschrift impfende Apothekerin