

Schutzimpfung gegen Influenza (Grippe) und/oder Covid-19

TEIL 1: durch die Patientin / den Patienten auszufüllen

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

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

2. Gewünschte Impfung - bitte ankreuzen:

☐ Schutzimpfung gegen Influenza ☐ Schutzimpfung gegen COVID-19

3. Anamnese - bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Frage	ja	nein
Fühlen Sie sich derzeit krank oder haben Sie Fieber?	☐	☐
Wurden Sie in den letzten 14 Tagen geimpft?	☐	☐
Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit?	☐	☐
Traten nach einer früheren Impfung allergische oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?	☐	☐
Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung oder Immunschwäche?	☐	☐
Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen?	☐	☐
Sind Sie schwanger?	☐	☐
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?	☐	☐
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine COVID-19-Infektion oder eine COVID-19-Impfung?	☐	☐

Falls Sie eine der Fragen mit „ja“ beantwortet haben, bitte nähere Angaben:

4. Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza

- ☐ Ich wurde darüber aufgeklärt, dass für Patientinnen und Patienten ab 60 Jahren ein Influenza-Hochdosis- oder ein MF-59-adjuvantierter Influenza-Impfstoff empfohlen wird.
- ☐ Ich wurde darüber aufgeklärt, dass für Patientinnen und Patienten unter 60 Jahren ein anderer saisonaler Influenza-Impfstoff empfohlen wird.

5. Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich über die von mir ausgewählte(n) Schutzimpfung(en), deren Nutzen und mögliche Risiken / Nebenwirkungen informiert wurde. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen und diese mit der Apothekerin / dem Apotheker zu besprechen.

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich willige in die Durchführung der von mir oben ausgewählten Schutzimpfung gegen **Influenza** ein.
- ☐ Ich willige in die Durchführung der von mir oben ausgewählten Schutzimpfung gegen **COVID-19** ein.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin / Patient: _____

TEIL 2 – durch die Apotheke auszufüllen

Dokumentation

- ☐ Anamnese durchgeführt
- ☐ Impfaufklärung erfolgt
- ☐ Einwilligung liegt vor

A. Schutzimpfung gegen Influenza

- ☐ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt

Name des Arzneimittels:

Charge:

B. Schutzimpfung gegen COVID-19

- ☐ durchgeführt ☐ nicht durchgeführt

Name des Arzneimittels:

Charge:

Besonderheiten / Bemerkungen:

Angaben zur impfenden Person

Name der impfenden Apothekerin / des impfenden Apothekers:

- ☐ L. Ritter
- ☐ C. Leinich
- ☐ I. Zlatev

Datum der Durchführung: _____ .2026

Unterschrift der impfenden Person: _____

Angaben zur Apotheke

Germania – Die Apotheke
An der Germania Brauerei 3
48159 Münster