Anamnesebogen Impfung in der Apotheke

Name, Vorname (Druckbuchstaben)	Geburtsdatum

Sind sie momentan schwer akut erkrankt? (z.B. schwere Herzinsuffizienz, Schub einer chronischen Erkrankung)	☐ Ja	☐ Nein
Hatten sie gestern oder heute Fieber? (>38,5°C)	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (z.B. ASS 100, Clopidogrel, Xarelto (Rivaroxaban), Lixiana, Brilique (Ticagrelor), Eliquis, Marcoumar (Phenprocoumon), Coumadin, ect.) Wenn ja, welche? _____	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie aktuell Antibiotika ein?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie jemals allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmacht oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	☐ Ja	☐ Nein
Ist bei Ihnen in den nächsten 3 Tagen eine OP geplant?	☐ Ja	☐ Nein
Wurden Sie in den letzten 2 Wochen geimpft?	☐ Ja	☐ Nein
Sind sie aktuell schwanger? Wenn ja, in welcher Woche? _____	☐ Ja	☐ Nein

Die von mir gemachten Angaben sind wahrheitsgemäß. Falschangaben können das Risiko für Impfkomplikationen oder andere Komplikationen zur Folge haben und meine Gesundheit erheblich beeinträchtigen.

Datum	Unterschrift Patient/in

Eine Impfung gegen Influenza/COVID-19 kann empfohlen/ durchgeführt werden:

☐ Ja ☐ Nein bzw. nur in der ärztlichen Praxis

Datum	Name Apotheker/in	Unterschrift Apotheker/in

Burg-Apotheke Kaiserstr. 1 53773 Hennef

Erklärung zur Schutzimpfung

Geschlecht: ☐m ☐w ☐d

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Ort, PLZ

Ich wurde über den/die von der STIKO empfohlenen Impfstoff/e zur Impfung gegen Influenza/ COVID-19 aufgeklärt.
Ich wurde gründlich informiert und hatte Gelegenheit Unklarheiten im Gespräch mit meiner Apothekerin zu klären sowie von ihr weiterführende Informationen zu erhalten.
Mir ist bewusst, dass eine Impfung einen Eingriff in meine körperliche Integrität darstellt.

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten gemäß der Datenschutzinformation einverstanden.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen o.g. Erkrankung/en einverstanden.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfung/en **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

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

Von der Apotheke auszufüllen

Impfregion: ☐ linker Arm ☐ rechter Arm

Impfstoff(e): ☐ Vaxigrip ☐ Influsplit ☐ Flucelvax ☐ Efluelda

☐ Comirnaty LP8.1

Vignette/ Charge

<u>Grippeschutzimpfung</u>
Grund der Impfung:
☐ >60 Jahre ☐ Grunderkrankung
☐ Kontakt Risikopatient
Sichtprüfung der Injektionslösung
☐ Farblos bis leicht opaleszierend
☐ frei von sichtbaren Partikeln

<u>COVID-19 Impfung</u>
Grund der Impfung
☐ >75 Jahre ☐ Grunderkrankung
☐ Kontakt Risikopatient
Sichtprüfung der Injektionslösung
☐ Weiße bis grauweiße Dispersion
☐ frei von sichtbaren Partikeln

Impfdatum: _____

Wartezeit: ☐ 15 Minuten ☐ Patient/in ist auf eigenen Wunsch vorzeitig gegangen

Unterschrift der Patientin/ des Patienten

Unterschrift der/ des impfenden Apothekerin/ Apothekers