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

Ich, _____, geboren am _____,

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

Comirnaty LP.8.130Mikrogramm/Dosis

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:

(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

BAK
Copyright © Bundesapothekerkammer