coerde-apotheke

Erklärung zur Schutzimpfung

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

Sind Sie momentan **schwer akut erkrankt**?	☐ Nein	☐ Ja
Haben Sie **Allergien**?	☐ Nein	☐ Ja
Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmacht oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	☐ Nein	☐ Ja
Leiden Sie an einer **Immunschwäche** (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)?	☐ Nein	☐ Ja
Nehmen Sie Medikamente zur Hemmung der **Blutgerinnung**?	☐ Nein	☐ Ja
Sind Sie aktuell **schwanger** oder stillen Sie?	☐ Nein	☐ Ja

Ich, _____, geboren am _____

Adresse: Straße_____Postleitzahl _ _ _ _ _ Stadt_____

Krankenkasse:_____ Kassennummer: _____Versichertennummer: _____

möchte die Schutzimpfung gegen:

☐ **Grippe (Alter unter 60)**

Impfetikett hier einkleben (macht Apotheke)

☐ Chronische Erkrankung

☐ Medizinisches Personal/Pflegekräfte/enge Kontaktpersonen von Risikopersonen

☐ **Grippe (Alter über 60)**

☐ **Corona (COVID-19, Alter unter 75)**

Impfetikett hier einkleben (macht Apotheke)

☐ Chronische Erkrankung

☐ Medizinisches Personal/Pflegekräfte/enge Kontaktpersonen von Risikopersonen

☐ **Corona (COVID-19, Alter über 75)**

erhalten. 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. Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen o.g. Erkrankung/en mit o.g. Impfstoff/en einverstanden

Datum: ____/_____/_____ Unterschrift: _____

Unterschrift Apotheker*in