

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 _____,

möchte die Schutzimpfung gegen:

- ☐ **Grippe (Alter unter 60)**
 - ☐ Chronische Erkrankung
 - ☐ Medizinisches Personal/Pflegekräfte/enge Kontaktpersonen von Risikopersonen
- ☐ **Grippe (Alter über 60)**
- ☐ **Corona (COVID-19, Alter unter 75)**
 - ☐ 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

Ort, Datum: _____, _____

Unterschrift der/des Geimpften

Unterschrift Apotheker*in