

## ANAMNESE UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

### Schutzimpfung gegen Virusgrippe / Influenza

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ **Versicherung:** \_\_\_\_\_

- |                                                                                  |                          |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Leiden Sie zurzeit an einer Infektion / Entzündung? _____                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, an welcher? _____                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind bei Ihnen Allergien bekannt, wenn ja welche? _____                          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Hatten Sie nach früheren Impfungen Komplikationen? _____                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, nehmen Sie Gerinnungshemmer ein? ____ | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sind Sie schwanger? SSW _____                                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

#### von Apotheker\*in auszufüllen

**empfohlener Impfstoff:** ☐ Efluelda ☐ Vaxigripp

☐ Ich hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit der Apothekerin / dem Apotheker und habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich willige in die vorgeschlagene Grippe-Impfung ein.

☐ Ich lehne die Impfung ab.

☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken verarbeitet und aufbewahrt werden. Eine Löschung erfolgt nach 10 Jahren. Wir weisen darauf hin, dass wir gesetzlich zur Impfsurveillance verpflichtet sind und daher dem Robert-Koch-Institut pseudonymisiert übermittelt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apotheker\*