

Anamnesebogen zur Durchführung von Schutzimpfungen

Apotheke: Schiller Apotheke

Adresse: Friedrich-Schiller-Str. 5d - 03172 Guben

Telefon: 03561 540727

Angaben zur zu impfenden Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort

Schutzimpfung gegen: ☐ Influenza (Grippe) ☐ COVID-19 ☐ Sonstige:

Anamnesefragen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Ihre Angaben dienen der Sicherheit und helfen uns, die Impfung für Sie optimal durchzuführen.

Nr.	Frage	Antwort
1	Sind Sie gegenwärtig gesund oder haben Sie aktuell Krankheitssymptome (z.B. Fieber, Husten, Durchfall, Erbrechen)? Falls Ja, welche: _____	☐ Ja ☐ Nein
2	Sind bei Ihnen Allergien bekannt (z.B. gegen Arzneimittel, Lebensmittel, Hühnereiweiß, Latex)? Falls Ja, welche: _____	☐ Ja ☐ Nein
3	Traten nach einer früheren Impfung ungewöhnliche Reaktionen auf (z.B. allergische Reaktionen, hohes Fieber, Atemnot, Kreislaufprobleme)? Falls Ja, welche Impfung und welche Reaktion: _____	☐ Ja ☐ Nein
4	Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung (z.B. Herz-, Lungen-, Nieren-, Lebererkrankung, Diabetes, Krebs)? Falls Ja, welche: _____	☐ Ja ☐ Nein
5	Haben Sie eine Erkrankung des Immunsystems oder nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen (z.B. Cortison, Chemotherapie, HIV-Medikamente)? Falls Ja, welche: _____	☐ Ja ☐ Nein
6	Nehmen Sie derzeit Medikamente ein (z.B. Blutverdünner, Antibiotika)? Falls Ja, welche: _____	☐ Ja ☐ Nein
7	Sind Sie schwanger oder stillen Sie derzeit? (Nur für Frauen im gebärfähigen Alter)	☐ Ja ☐ Nein
8	Haben Sie weitere Fragen zur Impfung oder möchten Sie weitere gesundheitliche Informationen mitteilen? Falls Ja: _____	☐ Ja ☐ Nein

Aufklärung und Einwilligungserklärung

Ich bestätige:

- ☐ Ich habe das Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen ☐ Grippe und/ oder ☐ Corona zur Kenntnis genommen und gelesen.
- ☐ Ich wurde von der impfenden Apothekerin/dem impfenden Apotheker im persönlichen Gespräch über die Impfung, ihre Vorteile und mögliche Nebenwirkungen und Risiken aufgeklärt.
- ☐ Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen, und meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.
- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

Einwilligung:

- ☐ Ich willige in die vorgeschlagene Schutzimpfung gegen ☐ Grippe und/ oder ☐ Corona ein.
- ☐ Ich lehne die Impfung ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung wurde ich informiert.

Guben, den _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Dokumentation (nur von der Apotheke auszufüllen)

Datum der Impfung:	impfenden Apotheker: Volker Krüger
Impfstoff (Handelsname)	Applikationsort ☐ links ☐ rechts Oberarm (M. deltoideus)
Chargen-Nummer	Unterschrift

Hinweise zur Nachbeobachtung:

- Die zu impfende Person wurde über die Nachbeobachtungszeit von mindestens 15 Minuten informiert.
- Die zu impfende Person hat die Apotheke nach der Nachbeobachtungszeit beschwerdefrei verlassen.

Eintragung in Impfausweis erfolgt: ☐ Ja (Datum: _____) ☐ Impfbescheinigung ausgestellt

Meldung gemäß § 13 Abs. 5 IfSG (DEMIS/GEDISA) durchgeführt: ☐ Ja (Datum: _____)

Aufbewahrung: Dieser Anamnesebogen ist für mindestens 10 Jahre in der Patientenakte der Apotheke aufzubewahren (§ 35a Abs. 5 ApBetrO).

Datenschutzhinweis: Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der ordnungsgemäßen Durchführung der Schutzimpfung und der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gemäß § 35a ApBetrO, § 22 IfSG und DSGVO. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, außer soweit gesetzlich vorgeschrieben (z.B. Meldung an das Robert Koch-Institut gemäß § 13 Abs. 5 IfSG).