Anamnesebogen zur Durchführung von Schutzimpfungen

Impfausweis + Chipkarte mitbringen!

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	Fühlen Sie sich aktuell gesund und frei von akuten Krankheitszeichen (z. B. Fieber, Husten, Infekt)?	☐ Ja ☐ Nein
2	Sind bei Ihnen Allergien oder Überempfindlichkeiten bekannt? (z. B. gegen Hühnereiweiß, Latex, Medikamente, Impfstoff-Zusatzstoffe, Pflaster)	☐ Ja ☐ Nein
3	Traten nach einer früheren Impfung ungewöhnliche Reaktionen oder Komplikationen auf? (z. B. hohes Fieber, Ohnmacht/Kreislaufprobleme, Atemnot, allergischer Schock, ausgeprägte Schwellung) Falls Ja, welche Impfung und welche Reaktion: _____	☐ Ja ☐ Nein
4	Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung oder Immunschwäche? (z. B. Herz-, Lungen-, Nieren- oder Lebererkrankung, Diabetes, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Rheuma) Falls Ja, welche: _____	☐ Ja ☐ Nein
5	Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem schwächen, oder erhalten Sie entsprechende Therapien? (z. B. Cortison, Chemotherapie, Bestrahlung, Biologika, Medikamente nach Transplantation oder bei Rheuma/Autoimmunerkrankungen)	☐ Ja ☐ Nein
6	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente („Blutverdünner“) oder akute Medikamente wie Antibiotika ein? (z. B. Marcumar, Eliquis, Xarelto, ASS/Aspirin, Plavix)	☐ 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).