

QM-Handbuch Apotheke Am Pulverl 85051 Ingolstadt	Anlage 4 zu Prozess 5.15	Freigegeben am: 10/2025
	Seite 1/4	Freigegeben durch: Winter

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Patienten)

Erklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoffen (Comirnaty®)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

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

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? Ja Nein

2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? Ja Nein

Wenn ja, gegen welchen Erreger wurde geimpft?

3. Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? Ja Nein

Wenn ja, wie häufig wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? _____

Wann wurden Sie zuletzt und mit welchem Impfstoff immunisiert? _____

Datum: _____ Impfstoff: _____

4. Falls Sie bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie danach eine allergische Reaktion entwickelt? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

5. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) nachgewiesen? (einschließlich Selbsttest) Ja Nein

Wenn ja, wann _____

6. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

7. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche _____

QM-Handbuch Apotheke Am Pulverl 85051 Ingolstadt	Anlage 4 zu Prozess 5.15	Freigegeben am: 10/2025
	Seite 2/4	Freigegeben durch: Winter

8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche _____

9. Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

Ja Nein

Wenn ja, welche _____

10. Sind Sie schwanger?

Ja Nein

Wenn ja in welcher SSW _____

- Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner der Apothekerin / dem Apotheker.
- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch bzw. das Aufklärungsgespräch mit der Apothekerin / dem Apotheker.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Apothekerin / des Apothekers

Wird von Apotheke ausgefüllt!

Dokumentation der COVID-19-Schutzimpfung mit Comirnaty®

Sichtprüfung der Injektionslösung

Die Dispersion ist weiß- grauweiß.

ja nein

Die Dispersion ist frei von sichtbaren Partikeln.

ja nein

<p>_____ Name des Arzneimittels*</p>	<p>_____ Name des impfenden Apothekers/ der impfenden Apothekerin*</p>	
<p>_____ Chargennummer*</p>	<p>_____ Impfdatum*</p>	<p>_____ Unterschrift</p>
<p>oder Vignette hier einkleben</p>		

*täglich an das DIM zu übermittelnde Daten (§ 4 Abs.1 CoronaimpV)