

Erklärung zur Gripeschutzimpfung (*zum Verbleib in der Apotheke*)

Bitte beantworten Sie im Vorfeld der Impfung folgende Fragen:	Ja	Nein
Sind sie momentan schwer akut erkrankt?		
Haben Sie aktuell einen fieberhaften Infekt (>38,5°C)?		
Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche?		
Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?		
Haben Sie in den nächsten drei Tagen einen operativen Eingriff?		
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung beeinflussen? (z.B. ASS, Marcumar?)		
Sind Sie schwanger?		
Haben oder hatten Sie Brustkrebs?		
Hatten Sie schon einmal einen anaphylaktischen Schock?		
Haben Sie eine Immunschwäche?		
Nehmen Sie Arzneimittel ein? Wenn ja, welche?		
Werden Sie im Rahmen einer Hyposensibilisierung behandelt?		
Sind Sie in der Vergangenheit nach einer Impfung oder anderen Nadelstichen ohnmächtig geworden?		
<p>Ich, _____ (Vorname/Name), geboren am _____ wohnhaft _____ Tel.Nr.: _____ Geschlecht: ___ m ___ w ___ d Versichert bei: _____ Versichertennummer: _____</p> <p>wurde anhand des Informationsbogens „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza (Grippe) gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meiner Apothekerin zu klären sowie von ihr weiterführende Informationen zu erhalten. Die Datenschutzinformationen zur Impfung wurden mir vorgelegt. Eine Kopie der Erklärung wird dem Impfling nach der Impfung ausgehändigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Impfung ein</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Hochdosisimpfstoff (ab 60 Jahren) / Vierfachimpfstoff (unter 60 Jahren) einverstanden</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfung nicht einverstanden. Über mögliche negative Folgen wurde ich aufgeklärt.</p>		
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift	

QM-Handbuch des Filialverbunds der Grafschaft-Apotheke, Haag
 Prozess 5.15.2 Anl 4

Von der Apotheke auszufüllen	Ja	nein
Information gemäß ABDA Leitlinie erfolgt, insbesondere über: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beginn und Dauer des Impfschutzes <input type="checkbox"/> Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen nach der Impfung <input type="checkbox"/> Mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen 		
Indikation für Gripeschutzimpfung gegeben? Wenn ja, Welche? (bei unter 60 Jahre, z.B. Stichwort ``beruflich´´, ``Grunderkrankung´´) _____		
Sichtprüfung der Injektionslösung – farblos bis leicht opaleszierend, frei von sichtbaren Partikeln		
Anamnesebogen und Einwilligung von Patienten ausgefüllt/unterschrieben Informationsblatt (Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza) + Datenschutzinformation wurden Patienten bereitgestellt		
Ausgewählter Impfstoff Bezeichnung und Charge	Chargenaufkleber hier aufbringen	
_____ Ort, Datum (der Impfung)	_____ Unterschrift	