

QM-Handbuch des Filialverbunds der Grafschaft-Apotheke, Haag  
Prozess 5.15.2 Anl 6

Zusatzblatt zum Anamnesebogen (zum Verbleib in der Apotheke)

<b>Bitte beantworten Sie im Vorfeld der Impfung folgende Fragen:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Sind Sie unter 60 Jahre alt? Wenn ja – zutreffendes bitte ankreuzen Grunderkrankung mit erhöhtem Risiko für schweren Verlauf? Wenn ja welche: _____ Beruf im medizinischen/pflegerischen Bereich? Familienangehörige/enge Kontaktpersonen von Personen bei denen nach Covid-19 Impfung keine schützende Immunantwort zu erwarten ist		
Haben Sie in den nächsten drei Tagen einen operativen Eingriff?		
Haben oder hatten Sie Brustkrebs? Wenn ja, wurden Lymphknoten operativ entfernt? Wenn ja an welchem Arm: _____		
Wurden dermatologische Filler im Gesichtsbereich injiziert?		
Werden Sie im Rahmen einer Hyposensibilisierung behandelt?		
Nehmen Sie Medikamente ein oder werden medikamentös behandelt? Wenn ja, welche:		
Hatten Sie in der Vergangenheit eine ungewöhnlich starke Reaktion auf eine Injektion (Allergischer Schock)?		
Wurde eine Thrombose nach einer Impfung festgestellt?		
<p style="text-align: center;">_____ (Vorname/Name), geboren am _____</p> <p>Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____</p> <p>_____ Ort, Datum</p> <p style="text-align: right;">_____ Unterschrift</p>		
<b>Von der Apotheke auszufüllen</b>	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Information gemäß ABDA Leitlinie erfolgt, insbesondere über: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Beginn (7d nach Impfung) und Dauer des Impfschutzes</li> <li><input type="checkbox"/> Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen nach der Impfung</li> <li><input type="checkbox"/> Mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen</li> <li><input type="checkbox"/> Mögliche Impfkomplicationen (Akute Gesichtslähmung, Anaphylaktische Reaktionen,...) → unverzüglich Arztverweis</li> <li><input type="checkbox"/> Bei Anzeichen einer Myo-/Perikarditis (Schmerzen in der Brust, Kurzatmigkeit, Herzklopfen,...) → umgehender Arztverweis</li> <li><input type="checkbox"/> Frauen: Veränderung der Menstruationsblutung möglich</li> </ul>		
Indikation für Covid-Schutzimpfung gegeben? Wenn ja, Welche? (bei unter 60 Jahre, z.B. Stichwort ``beruflich``, ``Grunderkrankung``)		
Sichtprüfung der Injektionslösung – farblos bis leicht opaleszierend, frei von sichtbaren Partikeln		
<input type="checkbox"/> Anamnesebogen und Einwilligung von Patienten ausgefüllt und unterschrieben <input type="checkbox"/> Informationsblatt (Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Sars Cov 2) + Datenschutzinformation Patienten bereitgestellt		
Ausgewählter Impfstoff Bezeichnung und Charge	Chargenaufkleber hier aufbringen	
_____ Ort, Datum (der Impfung)	_____ Unterschrift	