



Anamnese und Einwilligung:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Name der Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Anschrift:

Straße/Hausnummer: _____ Postleitzahl: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (insbesondere gegen Hühnereiweiß?)	Falls ja, welche:	☐ JA ☐ Nein
Traten bei Ihnen nach früheren Impfungen unerwünschte oder allergische Reaktionen auf?	Falls ja, welche:	☐ JA ☐ Nein
Planen Sie in den nächsten Tagen einen operativen Eingriff?	Falls ja, welche Art (z.B. Zahnarzt)	☐ JA ☐ Nein
Haben Sie Anzeichen einer akuten Erkrankung?	Falls ja, welche:	☐ JA ☐ Nein
Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?	Falls ja, welche:	☐ JA ☐ Nein
Leiden Sie unter einer Erkrankung des Immunsystems?	Falls ja, welche:	☐ JA ☐ Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wie Blutverdünner? (evtl. Medikationsplan)	Falls ja, welche:	☐ JA ☐ Nein
Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?		☐ JA ☐ Nein

☐ Alle Angaben habe ich nach besten Gewissen gemacht. Über mögliche Nebenwirkungen bin ich aufgeklärt worden und bin mit einer Impfung einverstanden!

Ich habe den Aufklärungsbogen erhalten!

☐ Ich bin mit der Weitergabe der Daten zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse einverstanden. Ausführlicher Datenschutz hängt in der Offizin aus.

Ort, Datum

Unterschrift des Impflings

Unterschrift des Apothekers