

Anamnesebogen Schutzimpfung

Allgemeiner Teil – vor jeder Impfung auszufüllen

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße / Hausnr.: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon (optional): _____	Krankenkasse: _____
Kostenträgererkennung: _____	Versichertennummer: _____

Geplante Schutzimpfung

☐ Influenza ☐ COVID-19 ☐ Pneumokokken ☐ Herpes zoster ☐ Td/Tdap ☐ RSV ☐ Hepatitis A/B ☐ Sonstige: _____

Frage	Ja	Nein
Fühlen Sie sich heute gesund und impffähig?	☐	☐
Besteht aktuell eine akute Erkrankung oder Fieber?	☐	☐
Besteht eine bekannte Allergie oder Überempfindlichkeit gegen Arzneimittel, Impfstoffe oder Impfstoffbestandteile?	☐	☐
Kam es nach einer früheren Impfung zu einer schweren allergischen Reaktion oder einer außergewöhnlich starken Reaktion?	☐	☐
Besteht eine Erkrankung oder Behandlung, die das Immunsystem wesentlich beeinträchtigt (z. B. Immunsuppression)?	☐	☐
Nehmen Sie gerinnungshemmende Arzneimittel ein oder besteht eine erhöhte Blutungsneigung?	☐	☐
Sind Sie bei Impfungen, Blutabnahmen oder anderen medizinischen Maßnahmen schon einmal ohnmächtig geworden oder hatten starke Kreislaufprobleme?	☐	☐
Besteht eine Schwangerschaft oder könnte eine Schwangerschaft vorliegen?	☐	☐
Stillen Sie derzeit?	☐	☐
Haben Sie in den letzten Wochen eine andere Schutzimpfung erhalten oder ist eine weitere Impfung zeitnah geplant?	☐	☐
Besteht ein geplanter operativer Eingriff oder eine andere medizinische Besonderheit, die für den Impfzeitpunkt relevant sein könnte?	☐	☐
Bestehen weitere Erkrankungen, Therapien oder Besonderheiten, die für die heutige Impfung wichtig sein könnten?	☐	☐

Erläuterungen zu „Ja“-Antworten / Medikamente / Allergien / frühere Impfreaktionen:

Vom impfenden Apotheker auszufüllen

☐ Anamnese geprüft ☐ Impfung heute möglich ☐ Impfung zurückgestellt ☐ Ärztliche Abklärung empfohlen ☐ Impfung im Liegen vorgesehen

Datum / Uhrzeit Anamnese	Name Apotheker/in	Unterschrift / Kürzel
--------------------------	-------------------	-----------------------

☐ Zusatzmodul Influenza

Ergänzend zum allgemeinen Anamnesebogen

Dieses Modul dient der strukturierten Erhebung impfstoffbezogener Angaben. Maßgeblich bleiben die aktuelle STIKO-Empfehlung und die Fachinformation des konkret verwendeten Influenza-Impfstoffs.

Frage	Ja	Nein
Liegt eine frühere schwere allergische Reaktion auf einen Influenza-Impfstoff oder einen Bestandteil des vorgesehenen Impfstoffs vor?	☐	☐
Bestehen aktuell relevante Impfreaktionen nach einer kürzlich erfolgten Impfung, die noch nicht vollständig abgeklungen sind?	☐	☐
Gab es nach einer früheren Influenza-Impfung eine schwerwiegende neurologische oder andere ärztlich abgeklärte Komplikation?	☐	☐
Liegt eine besondere medizinische Situation vor, die die Auswahl des Influenza-Impfstoffs beeinflussen kann (z. B. Alter, Schwangerschaft, Immunsuppression, relevante Grunderkrankung)?	☐	☐

Bemerkungen / Auswahlbegründung Impfstoff: _____

☐ Zusatzmodul COVID-19

COVID-19-Empfehlungen und Impfstoffzusammensetzungen können sich saisonal ändern. Vor jeder Impfung aktuelle STIKO-Empfehlung, Impfhistorie/Infektionshistorie und Fachinformation prüfen.

Frage	Ja	Nein
Liegt eine frühere schwere allergische Reaktion auf einen COVID-19-Impfstoff oder einen Bestandteil des vorgesehenen Impfstoffs vor?	☐	☐
Gab es nach einer früheren COVID-19-Impfung eine ärztlich diagnostizierte Myokarditis, Perikarditis oder andere schwerwiegende Impfkomplication?	☐	☐
Gab es seit der letzten COVID-19-Impfung eine bestätigte SARS-CoV-2-Infektion oder weitere COVID-19-Impfung?	☐	☐
Besteht eine relevante Immunsuppression oder eine andere Grunderkrankung, die Impfindikation, Impfstoffwahl oder Impfintervall beeinflussen kann?	☐	☐

Letzte COVID-19-Impfung (Datum/Impfstoff, soweit bekannt): _____

Letzte bestätigte SARS-CoV-2-Infektion (Datum, soweit bekannt): _____

Prüfvermerk

☐ STIKO-Empfehlung geprüft ☐ Fachinformation geprüft ☐ Impf-/Genesungshistorie berücksichtigt ☐ Keine impfstoffspezifischen Ausschlussgründe erkennbar

Datum	Name Apotheker/in	Unterschrift / Kürzel
-------	-------------------	-----------------------

Aufklärung & Einwilligung

Schriftliche Dokumentation – das persönliche mündliche Aufklärungsgespräch bleibt erforderlich

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Schutzimpfung: _____	Vorgesehener Impfstoff: _____

Dokumentation des Aufklärungsgesprächs

Im persönlichen Gespräch wurden – angepasst an die individuelle Situation – insbesondere folgende Punkte erläutert:

- ☐ zu verhütende Erkrankung und individueller Nutzen der Impfung
- ☐ Art des Impfstoffs und Ablauf/Durchführung der Impfung
- ☐ mögliche übliche Impfreaktionen, relevante Nebenwirkungen und seltene Komplikationen
- ☐ Kontraindikationen bzw. Gründe für Verschiebung oder ärztliche Abklärung
- ☐ Beginn und voraussichtliche Dauer des Impfschutzes sowie ggf. notwendige Folge-/Auffrischimpfungen
- ☐ Verhalten nach der Impfung und Vorgehen bei ungewöhnlichen oder schweren Beschwerden
- ☐ individuelle Fragen der zu impfenden Person

Individuelle Hinweise / besprochene Besonderheiten: _____

Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich über die vorgesehene Schutzimpfung in einem persönlichen Gespräch verständlich aufgeklärt wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen; meine Fragen wurden beantwortet. Ich habe die Angaben zur Anamnese nach bestem Wissen gemacht und relevante Erkrankungen, Allergien, Medikamente, frühere Impfreaktionen und sonstige Besonderheiten mitgeteilt. Mir ist bekannt, dass eine Schutzimpfung keinen vollständigen Schutz vor der jeweiligen Erkrankung garantieren kann. Ich willige freiwillig in die oben bezeichnete Schutzimpfung durch eine hierzu berechnigte Apothekeerin bzw. einen hierzu berechtigten Apotheker ein.

☐ Ich willige in die Schutzimpfung ein. ☐ Ich willige derzeit nicht ein / lehne die Impfung nach Aufklärung ab.

☐ Ich habe eine Kopie dieser Einwilligungserklärung erhalten bzw. sie wurde mir zur Verfügung gestellt.

Ort / Datum / Uhrzeit	Unterschrift Patient/in bzw. Vertretung	Unterschrift aufklärende/r Apotheker/in
-----------------------	---	---

Bei Vertretung: Name und Vertretungsgrund / Vollmacht: _____

Datenschutzinformation Schutzimpfung

Patienteninformation – keine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hinweis: Die medizinische Einwilligung in die Impfung ist von der Datenschutzinformation zu unterscheiden. Für gesetzlich vorgeschriebene Datenverarbeitungen und Meldungen ist nicht automatisch eine gesonderte Datenschutz-Einwilligung erforderlich.

Verantwortlicher

Apotheke / Standort: _____	Inhaber/in: _____
Anschrift: _____	Telefon / E-Mail: _____

Welche Daten verarbeiten wir?

Im Rahmen der Schutzimpfung werden insbesondere Identitäts- und Kontaktdaten, Angaben zur Anamnese und Aufklärung, die Einwilligung in die medizinische Maßnahme sowie Angaben zur durchgeführten Impfung (z. B. Impfstoff, Charge, Datum, Impfarm und impfende Person) verarbeitet.

Wofür werden die Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung erfolgt zur Vorbereitung, sicheren Durchführung und Dokumentation der Schutzimpfung, zur Erfüllung gesetzlicher Dokumentations- und Meldepflichten, zur Abrechnung soweit einschlägig sowie zur Erfüllung apotheken- und infektionsschutzrechtlicher Pflichten.

Rechtsgrundlagen / Empfänger

Die konkrete Rechtsgrundlage richtet sich nach dem jeweiligen Verarbeitungsvorgang. Gesundheitsdaten werden nur verarbeitet, soweit dies für die Impfleistung und die Erfüllung gesetzlicher Pflichten erforderlich ist. Daten können im gesetzlich vorgesehenen Umfang insbesondere an zuständige Stellen für Impfsurveillance/Meldepflichten sowie an Abrechnungsstellen bzw. Kostenträger übermittelt werden.

Speicherdauer

Die impfbezogene Dokumentation wird entsprechend den jeweils geltenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gespeichert. Für die in der Apotheke aufzubewahrenden Unterlagen zur Schutzimpfung sieht die BAK-Leitlinie grundsätzlich eine Aufbewahrung von 10 Jahren vor.

Ihre Rechte

Sie haben im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen insbesondere Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren. Soweit eine Verarbeitung auf einer freiwilligen Einwilligung beruht, kann diese grundsätzlich für die Zukunft widerrufen werden. Gesetzliche Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten bleiben unberührt.