

Corona 2026

Erklärung zur Schutzimpfung

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den/die Geimpfte*n)

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

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Allergien?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmacht oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?

☐ Ja

☐ Nein

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

☐ Ja

☐ Nein

Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie?

☐ Ja

☐ Nein

Ich, _____,

geboren am _____,

wurde über den/die von der STIKO empfohlenen Impfstoff/e:

Comirnaty® LP.8.1 30 µg/Dosis

zur Impfung/zu den Impfungen gegen:

COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

aufgeklärt.

Ich wurde gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/meiner Apotheker*in zu klären sowie von ihm/ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

Wesentliche Anmerkungen und Hinweise:

(Hier können unter anderem Angaben zum verwendeten Impfstoff und zu Lieferengpässen eingetragen werden.)

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen o.g. Erkrankung/en mit o.g. Impfstoff/en einverstanden

☐ Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung/en **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Ort, Datum: Lindlar _____

Unterschrift der/des Geimpften bzw. des/der
Sorgeberechtigten

Unterschrift der/des impfenden
Apothekerin/Apothekers