



Einwilligung & Anamnese

Einwilligung und Anamnese zur Schutzimpfung

Influenza / COVID-19

Angaben zur Person (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____

Medizinische Anamnese (Vorbereitung für das Impfgespräch)

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Nutzen Sie dafür im interaktiven PDF jeweils zwei Radio-Buttons (Ja / Nein) pro Frage, sodass nur eine Antwort ausgewählt werden kann.

1. Besteht aktuell eine akute Erkrankung mit Fieber (über 38,5°C) oder ein schwerer Infekt?
☐ Ja ☐ Nein
2. Leiden Sie an schweren chronischen Erkrankungen oder einer Immunschwäche?
☐ Ja ☐ Nein
3. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (z.B. gegen Hühnereiweiß, Antibiotika oder Impfstoffbestandteile)?
☐ Ja ☐ Nein
4. Kam es bei Ihnen früher nach einer Impfung zu einer schweren unerwünschten Reaktion (z.B. Ohnmacht, Atemnot)?
☐ Ja ☐ Nein
5. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein oder liegt eine Gerinnungsstörung vor?
☐ Ja ☐ Nein
6. *Nur für Frauen:* Besteht aktuell eine Schwangerschaft?
☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend

Einwilligungserklärung des Patienten

Ich bestätige, dass ich den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden habe. Ich hatte die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch mit dem impfenden Apotheker/der Apothekerin. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige hiermit in folgende vorgeschriebene Schutzimpfung ein:

☐ Influenza (Grippe)

☐ COVID-19 (Corona)

Datenschutzrechtliche Information (DSGVO - Stand 2026)

Dieser Text sichert Ihre Apotheke rechtlich ab und muss zwingend auf dem Bogen stehen:

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung: [Vollständiger Name Ihrer Apotheke, Inhaber, Adresse]. **Datenschutzbeauftragter:** [Name/Kontakt, falls vorhanden, sonst streichen].

Zweck und Rechtsgrundlage: Die Erhebung Ihrer Gesundheitsdaten (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO) erfolgt ausschließlich zum Zweck der medizinischen Anamnese, der sicheren Durchführung der Schutzimpfung sowie zur gesetzlichen Dokumentation gemäß § 20c Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der Apothekenbetriebsordnung.

Speicherdauer: Ihre Daten werden in unserer Apotheke für die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von **10 Jahren** absolut vertraulich und geschützt aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist datenschutzkonform vernichtet.

Ihre Rechte: Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten, sofern keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht entgegensteht. Unsere vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter: [Link zu Ihrer Apotheken-Website/Datenschutz].
Einwilligung in die Datenverarbeitung:

☐ Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und willige ein, dass meine Gesundheitsdaten zum Zweck der Impfung verarbeitet werden. (*Pflichtfeld: Interaktive Checkbox, darf nicht vorab angekreuzt sein!*)

WICHTIGER HINWEIS: Bitte unterschreiben Sie das Dokument erst **händisch vor Ort** in der Apotheke oder drucken Sie es aus. Eine rein digitale Unterschrift im PDF ist für diese medizinische Dokumentation rechtlich nicht ausreichend.

Bitte senden Sie uns den Bogen aus Datenschutzgründen **nicht per E-Mail** zu!

Datum / Uhrzeit: _____ / _____ : _____ Uhr

Unterschrift des Patienten (oder Erziehungsberechtigten)