Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer

zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* Impfbescheinigung COVID-19-Schutzimpfung

Stand: 25.01.2022

**Leitlinie:**

Durchführung von COVID-19-Schutzimpfungen in öffentlichen Apotheken

**Muster für ein Ersatzformular zur Dokumentation der durchgeführten Impfungen** (nach Vorlage RKI und KBV)

Reserve documentation on vaccination

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname:  Last name | Geschlecht:  Sex |
| Vorname:  First name | Geboren am:  Date of birth |

**Folgende Impfungen wurden durchgeführt:** The following vaccinations have been administered:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum  Date | Handelsname und Chargennummer des Impfstoffs (Aufkleber)  Manufacturer and batch no. of vaccine (label/vignette) | COVID-19 | | | Name und Unterschrift des impfenden Apothekers/der impfenden Apothekerin, Stempel der Apotheke  Name and signature, stamp of pharmacy |
| mRNA-  Impfstoff  mRNA  vaccine | Vektor-  Impfstoff  Viral vector  vaccine | Anderer  Impfstoff  Other Type  of vaccine |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Allgemeine Hinweise für den Impfling:

Gemäß § 22 IfSG weisen wir darauf hin, dass bei ungewöhnlichen Impfreaktionen die Hausärztin/der Hausarzt benachrichtigt werden sollte. Sie/er ist, falls der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, diesen dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG). Im Falle eines Impfschadens kann Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes bestehen (§ 60 Abs. 1 IfSG). Der Antrag ist in der Regel beim zuständigen Versorgungsamt zu stellen (§ 64 Abs. 1 IfSG). Weitere Auskünfte erteilt das zuständige Gesundheitsamt.

Nächster Impftermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_