Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer

zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* Impfbescheinigung Grippeschutzimpfung

Stand der Revision: 25.08.2021

**Leitlinie:**

Durchführung von Grippeschutzimpfungen in öffentlichen Apotheken im Rahmen der Modellvorhaben

Durchführung von Grippeschutzimpfungen in öffentlichen Apotheken im Rahmen der Regelversorgung

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

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

**Folgende Impfungen wurden durchgeführt:** The following vaccinations were given:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum  Date | Handelsname und Chargennummer des Impfstoffs (Aufkleber)  Manufacturer and batch no. of vaccine (label/vignette) | Totimpfung gegen Influenza  Inactivated Vaccines against influenza | Unterschrift des Apothekers/der Apothekerin und Stempel der Apotheke  Signature and stamp of pharmacist |
|
|  |  |  |  |

Allgemeine Hinweise für die geimpfte Person:

Gemäß § 22 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) weisen wir darauf hin, dass bei ungewöhnlichen Impfreaktionen (siehe Aufklärungsmerkblatt) der impfende Apotheker/die impfende Apothekerin benachrichtigt werden sollte. Falls der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgeht, ist der/die Apotheker/in verpflichtet, dieses der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) zu melden. Im Falle eines Impfschadens besteht Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (§ 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.