

ANAMNESE

Totimpfstoff

Zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza) - mit trivalentem Totimpfstoff

(Vaxigrip 2026/2027, PZN 20174475, und Efluelda 2026/2027, PZN 20174506) für
Erwachsene ab 18 Jahren Stand: 11. September 2026

Name, Vorname Geburtsdatum

Anschrift.....

Telefon.....Krankenkasse.....

Krankenkassen-Nr.....VersichertenNr.....

1. Ist dies Ihre erste Grippeimpfung? ☐ ja ☐ nein

2. Sind bei früheren auch anderen Impfungen allergische Erscheinungen, hohes
Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche?

3. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt, insbes. Hühnerei, Hühnerproteine, Formaldehyd, Cetrimonium-
bromid, Polysorbat 80, Gentamicin?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, worauf?

4. Haben Sie chronische Erkrankungen, wie z.B. Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen, chronische
Infekte, Immunschwäche, Asthma, Diabetes, Krebs, Nierenleiden, Nervenleiden?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche?

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Eliquis, Xarelto, ASS,
Marcumar, sonstige „Blutverdünner“?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche?

6. Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

7. Besteht oder bestand kürzlich eine akute Erkrankung? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche?.....

8. Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff? ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welchen?.....

9. Liegt bei Ihnen eine Indikation für die Grippe-Impfung vor? (Alter 18-59) ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche?

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Totimpfstoff

Zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza) - mit
trivalentem Totimpfstoff (Vaxigrip 2026/2027, PZN 20174475,
und Efluelda 2026/2027, PZN 20174506) für Erwachsene ab 18
Jahren Stand: 11. September 2026

Name, VornameGeburtsdatum

- ☐ Nur für Patient*innen ab 60 Jahren: Ich wurde darüber aufgeklärt, dass für Personen ab 60 Jahren Efluelda 2026/2027 (PZN 20174506) als Influenza-Hochdosis-Impfstoff vorgesehen ist und nach der aktuellen Fachinformation sowie der STIKO-Empfehlung eingesetzt wird.
- ☐ Ich habe mich im Aufklärungsbogen „Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza) mit trivalentem Totimpfstoff (Vaxigrip 2026/2027, PZN 20174475, und Efluelda 2026/2027, PZN 20174506)“ gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker*in zu klären sowie von ihr/ihm weiterführende Informationen zu erhalten.
- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der Impfung gegen Grippe einverstanden.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der o.g. Impfung gegen Grippe **NICHT** einverstanden. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Datenschutzerklärung zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns, erheben wir **[Apotheke im Pluspunkt, Flensburger Straße 61, 24837 Schleswig, Inhaber: Klaas Wighardt]** als Verantwortliche, personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Gripeschutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, dies zu dokumentieren und um unsere Leistung bei Ihrem Versicherer später abrechnen zu können. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 20c Abs. 1 IfSG (Abwicklung des Behandlungsvertrags). Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt nach 10 Jahren. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme bei einem eventuellen Chargenrückruf zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 21 Abs. 2 ApBetrO.

Für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) werden dem Robert Koch-Institut gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 13 Abs. 5 IfSG die dort benannten Daten übermittelt. Die Verfahrensausgestaltung der Übermittlung kann durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt werden. Von der gesetzlichen Ermächtigung zum Erlass dieser Rechtsverordnung, hat das Bundesministerium für Gesundheit bislang noch keinen Gebrauch gemacht.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir die Behandlung jedoch nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unsere/n Datenschutzbeauftragte/n **[Michael Triesch, TRIESCHconsult, Rheindamm 13, 40668 Meerbusch, Tel: 02150 7948980, E-Mail: datenschutzbeauftragter@trieschconsult.de, <http://trieschconsult.de>]** wenden.

- ☐ Ich habe die „Datenschutzerklärung zur Schutzimpfung gegen Grippe (Influenza)“ zur Kenntnis genommen.

Betrifft nur gesetzlich krankenversicherte Personen:

- ☐ Ich bin einverstanden, dass zur Erstattung der Impfstoffkosten meine Daten (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Impfung) an meine Krankenkasse übermittelt werden.

Ort, Datum:

.....
Unterschrift der zu impfenden Person

.....
Unterschrift des/der Apotheker*in

Dokumentation: (diese ist von der Apotheke auszufüllen)

Impfstoff	Chargen-Nummer	Datum	re. o. li. Arm	Unterschrift impfende Apothekerin / impfender Apotheker