LEIBNIZ APOTHEKE.BERLIN

KANTSTRASSE 130B · 10625 BERLIN
IMPFUNG IN DER APOTHEKE

ANAMNESE.

SCHUTZIMPFUNG GEGEN COVID-19 & GRIPPE

Stand: 10/2026

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem Impftermin aus. Falls Sie ihn ausgedruckt und von Hand ausgefüllt haben, bringen Sie ihn bitte mit. Bringen Sie außerdem Ihren **Impfausweis** mit. **Wir impfen ausschließlich Personen ab 18 Jahren.** Bei Personen, die nicht selbst einwilligen können, beantwortet die gesetzliche Vertretung die Fragen. Impfstoffe: COVID-19 – variantenangepasster mRNA-Impfstoff. Grippe – Influenza-Impfstoff der aktuellen Saison.

ANGABEN ZUR PERSON

NAME, VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

ANSCHRIFT _____

GEWÜNSCHTE IMPFUNG

☐ **COVID-19** · mRNA-Impfstoff

☐ **Grippe** · Influenza-Impfstoff

FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

01 Sind Sie zurzeit akut erkrankt und haben Fieber? ☐ ja ☐ nein

02 Wurden Sie in den letzten 14 Tagen geimpft? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wogegen? _____

03 Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine nachgewiesene Influenza- oder COVID-19-Infektion? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann? _____

04 Ist bei Ihnen in den nächsten 3 Tagen eine Operation geplant? ☐ ja ☐ nein

05 Hatten Sie nach einer früheren Impfung (z. B. gegen COVID-19 oder Grippe) eine allergische Reaktion, hohes Fieber, einen Kreislaufkollaps oder andere ungewöhnliche Reaktionen? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? _____

06 Haben Sie ein geschwächtes Immunsystem? ☐ ja ☐ nein

Zum Beispiel durch eine Erkrankung, eine Chemotherapie oder Medikamente, die das Immunsystem unterdrücken.

Falls ja, wodurch? _____

07 Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ☐ ja ☐ nein

08 Haben Sie bekannte Allergien? ☐ ja ☐ nein

Zum Beispiel gegen Hühnereiweiß oder Bestandteile eines Impfstoffs.

Falls ja, welche? _____

09 Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein

LEIBNIZ APOTHEKE.BERLIN

KANTSTRASSE 130B · 10625 BERLIN
IMPFUNG IN DER APOTHEKE

EINWILLIGUNG.

SCHUTZIMPFUNG GEGEN COVID-19 & GRIPPE

IHRE ERKLÄRUNG

Ich habe die Aufklärungsinformationen zur Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff bzw. zur Impfung gegen Grippe (Influenza) zur Kenntnis genommen:

Grippe · Deutsch ↗

Grippe · Weitere Sprachen ↗

COVID-19 · Deutsch ↗

COVID-19 · Englisch ↗

BITTE EINE DER BEIDEN OPTIONEN WÄHLEN:

◯ **Ich willige ein** in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) gemäß meiner Auswahl auf Seite 1.

◯ **Ich lehne** die Impfung **ab**.

ORT, DATUM _____

_____ _____

Unterschrift der zu impfenden Person | Unterschrift Apothekerin / Apotheker bzw. Ärztin / Arzt

FALLS DIE ZU IMPFENDE PERSON NICHT SELBST EINWILLIGEN KANN

Bitte unterschreiben Sie in diesem Fall als einwilligungsberechtigte Person (Vorsorgebevollmächtigte/r oder Betreuerin/Betreuer) und geben Sie Ihre Kontaktdaten an.

NAME, VORNAME _____

TELEFON _____ E-MAIL _____

_____

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person

LEIBNIZ APOTHEKE.BERLIN

KANTSTRASSE 130B · 10625 BERLIN
IMPFUNG IN DER APOTHEKE

DATENSCHUTZ.

SCHUTZIMPFUNG GEGEN COVID-19 & GRIPPE

DATENSCHUTZINFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Schutzimpfung bei uns erheben wir, die Leibniz Apotheke, Kantstraße 130B, 10625 Berlin, Inhaber Dr. Stefan Rézépa, als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihre Angaben zu Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Impfung bei Ihnen durchführen zu können, diese zu dokumentieren und unsere Leistung bei Ihrem Versicherer später abrechnen zu können. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit den Vorschriften des SGB V zur Durchführung von Schutzimpfungen in Apotheken (Abwicklung des Behandlungsvertrags). Diese Daten werden 10 Jahre lang aufbewahrt und anschließend gelöscht.

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 Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne die Angaben zur Person können wir die Impfung 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 zum Datenschutz können Sie sich jederzeit an uns wenden, per E-Mail an leibniz@apotheke.berlin oder telefonisch unter 030 313 80 00.

Ich habe die Datenschutzinformation zur Kenntnis genommen.

ORT, DATUM _____

_____

Unterschrift Patientin / Patient