

## Dokumentation der Grippeschutzimpfung

(Verbleib in der Apotheke, Aufbewahrung 10 Jahre lang)

Name Patient /-in: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

### Sichtprüfung der Injektionslösung

- Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend.  Ja  Nein
- Die Suspension ist frei von sichtbaren Partikeln.  Ja  Nein

Bezeichnung des Impfstoffs: \_\_\_\_\_

Chargennummer (ggf. Vignette einkleben): \_\_\_\_\_

Impfdatum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der  
impfenden Apotheke  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Falls abweichend vom Impfdatum:

- Aufklärung erfolgt am: \_\_\_\_\_
- Anamnese erfolgt am: \_\_\_\_\_
- Einwilligung erfolgt am: \_\_\_\_\_