

Dokumentation der Gripeschutzimpfung
(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: _____