BEHANDLUNGS- UND VERTRAGSDOKUMENTATION SCHUTZIMPFUNG

Stern Apotheke Erkelenz

Adresse: Kölner Str.20, 41812 Erkelenz

Kontakt: Telefon: 02431-96870 | E-Mail: info@stern-apotheke-erkelenz.de

1. Patientendaten (zu impfende Person)

- **Name, Vorname:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Anschrift:** _____
- **Telefon / E-Mail (für Rückfragen):** _____
- **Geplante Impfung gegen:** [ ] Influenza (Grippe) [ ] COVID-19 [ ] Sonstige: _____

Präambel und Gegenstand des Behandlungsvertrages

Zwischen der **Stern Apotheke Erkelenz** (nachfolgend „Apotheke“) und der oben genannten zu impfenden Person (nachfolgend „Patient“) wird hiermit ein Behandlungsvertrag zur Durchführung einer Schutzimpfung im Rahmen der gesetzlichen und berufsrechtlichen Zulassungen (§ 20c IfSG) geschlossen.

§ 1 Pflichten der Apotheke & Standard der Behandlung

1. Die Apotheke verpflichtet sich, die Schutzimpfung ausschließlich durch hierfür qualifiziertes, speziell geschultes und berechtigtes Apothekenpersonal nach den zum Zeitpunkt der Impfung geltenden fachlichen Standards (insbesondere den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission / STIKO am Robert Koch-Institut) durchzuführen.
2. Vor Durchführung der Impfung erfolgt eine individuelle Anamnese (Erfassung von Vorerkrankungen, Allergien, akuten Infekten) sowie ein verpflichtendes Aufklärungsgespräch.
3. Die Apotheke stellt sicher, dass geeignete Notfallmaßnahmen für den seltenen Fall einer akuten Unverträglichkeitsreaktion (Anaphylaxie) vor Ort bereitstehen.

§ 2 Mitwirkungspflichten des Patienten

1. Der Patient ist verpflichtet, alle gesundheitsrelevanten Fragen im Rahmen der Anamnese (insbesondere Allergien, bekannte Unverträglichkeiten gegen Impfstoffbestandteile, akute Erkrankungen, Fieber, Schwangerschaft oder Gerinnungsstörungen) wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
2. Der Patient verpflichtet sich, nach der Impfung die empfohlene Nachbeobachtungszeit (in der Regel 15 Minuten) in den Räumlichkeiten der Stern Apotheke Erkelenz einzuhalten.

§ 3 Vergütung und Kosten

1. Sofern die Kostenübernahme nicht im Rahmen von gesetzlichen Modellvorhaben oder direkt durch die gesetzliche / private Krankenversicherung des Patienten geregelt ist (Abrechnungsfähigkeit gemäß den Vorgaben der Kassenarten / des Gesetzes), trägt der Patient die Kosten für den Impfstoff und die Impfeinleistung als Selbstzahler gemäß der aktuellen Preisvereinbarung der Stern Apotheke Erkelenz.
2. Über anfallende Eigenkosten wird der Patient vor Durchführung der Behandlung informiert.

§ 4 Aufklärung gemäß § 630e BGB

Der Patient bestätigt, dass im Rahmen eines persönlichen Gesprächs mit dem impfberechtigten Apotheker sowie durch Aushändigung der offiziellen Aufklärungsunterlagen (RKI / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) insbesondere über folgende Punkte aufgeklärt wurde:

- Art der zu verhütenden Krankheit und Wirkungsweise des Impfstoffs.
- Nutzen der Schutzimpfung sowie Notwendigkeit etwaiger Folge- oder Auffrischimpfungen.
- Mögliche normale Impfreaktionen (z. B. Rötung, Schmerzen an der Injektionsstelle, leichtes Fieber) sowie seltene Nebenwirkungen / Impfkomplikationen.
- Verhalten nach der Impfung und Notwendigkeit der Kontaktaufnahme zu einem Arzt bei unerwartet schweren Verläufen.
- **Der Patient erklärt ausdrücklich, dass keine Fragen offengeblieben sind und er ausreichend Bedenkzeit hatte.**

§ 5 Einwilligung, Widerrufsbelehrung & Datenschutz

1. Einwilligung in die Behandlung

Ich willige nach erfolgter Aufklärung und Prüfung meiner gesundheitlichen Verfassung (Anamnese) freiwillig in die Durchführung der oben genannten Schutzimpfung durch das qualifizierte Personal der Stern Apotheke Erkelenz ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung **jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** kann. Im Falle eines Widerrufs vor Durchführung der Injektion wird von der Impfung abgesehen; bereits erbrachte Vorbereitungsleistungen (z. B. individuelle Beratung) bleiben hiervon unberührt.

2. Einwilligung in die Dokumentation und Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen dieser Behandlung erhobenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten (inklusive Chargennummer des Impfstoffs und Impfdatum) gemäß den gesetzlichen Vorgaben (§ 22 IfSG, § 630f BGB) in der Stern Apotheke Erkelenz dokumentiert und für den gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraum aufbewahrt werden. Eine Weitergabe erfolgt ausschließlich an den behandelnden Hausarzt (zur Dokumentation im Impfbuch, sofern gewünscht) oder an zuständige Stellen, sofern dies gesetzlich vorgeschrieben ist.

Unterschriften

[ ] ich willige ein

[ ] ich willige NICHT ein

[ ] ich widerufe meine Einwilligung vom _____

Ort, Datum: Erkelenz, den _____

Unterschrift des Patienten
(bzw. bei Minderjährigen / Betreuten: Unterschrift des Sorgeberechtigten / Betreuers)

Unterschrift des aufklärenden / impfenden Apothekers (Stern Apotheke Erkelenz)

Hinweis für die Apotheke: Eine Durchschrift bzw. Kopie dieses vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Dokuments ist dem Patienten gemäß § 630e Abs. 2 S. 2 BGB direkt auszuhändigen.

Falls zum Zwecke der Abrechnung der Impfung benötigt, Angaben zur Gesetzlichen Krankenversicherung:

Krankenkasse:	Versichertennummer:
Kostenträgerkennung:	Versichertenstatus:

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Geimpften bzw. die Geimpfte)

Erklärung zur Schutzimpfung

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Allergien (insbesondere gegen Hühnereiweiß oder Arzneimittel)?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmacht oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie?	☐ Ja	☐ Nein

Name, Vorname der zu impfenden Person:

Geburtsdatum:

Durchführung der Impfung gegen (bitte ankreuzen/einfügen):

- □ COVID-19
- □ Diphtherie
- □ FSME
- □ Hepatitis A
- □ Hepatitis B
- □ HPV
- □ Herpes Zoster
- □ Influenza
- □ Meningokokken ACWY
- □ Pertussis
- □ Pneumokokken
- □ Poliomyelitis (IPV)
- □ RSV
- □ Tetanus

Reiseimpfungen

- □ Chikungunya
- □ Cholera
- □ Japanische Enzephalitis
- □ Tollwut
- □ Typhus

Ich wurde gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem Apotheker bzw. meiner Apothekerin zu klären sowie von ihm bzw. ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

Wesentliche Anmerkungen und Hinweise:
(Hier können unter anderem Angaben zum verwendeten Impfstoff und zu Lieferengpässen eingetragen werden.)

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung/en gegen o.g. Erkrankung/en einverstanden

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Ort. Datum: _____

_____ Unterschrift der/des Geimpften bzw. des Betreuers/der Betreuerin

_____ Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

Copyright © Bundesapothekerkammer

zum Verbleib in der Apotheke

Dokumentation der Schutzimpfung gem. § 35a Abs. 5 ApBetrO

Alternativ: Kopie des Abrechnungsbeleges hier einkleben

Name des Patienten/der Patientin: geb. am:

Geschlecht: m □ / w □ / d □ Ausgewählter Injektionsort:

Adresse des Patienten/der Patientin:

_____ Name des Arzneimittels		_____ Name des Apothekers/der Apothekerin, sowie ggf. Name der impfstoffverabreichenden Person
_____ Chargennummer	_____ Impfdatum	_____ Bestätigung des Apothekers/Apothekerin, sowie ggf. der impfstoffverabreichenden Person

oder Vignette hier einkleben

Name und Anschrift der impfenden Apotheke:

Sichtprüfung der Injektionslösung entspricht der Fachinformation: ☐ ja ☐ nein

Falls abweichend vom Impfdatum:

☐ Aufklärung erfolgt am: _____

☐ Anamnese erfolgt am: _____

☐ Einwilligung erfolgt am: _____

Falls zum Zwecke der Abrechnung der Impfung benötigt, Angaben zur Gesetzlichen Krankenversicherung:

Krankenkasse: Versichertennummer:

Kostenträgerkennung: Versichertenstatus:

BAK

Copyright © Bundesapothekerkammer