

Einverständniserklärung und Dokumentation Gripeschutzimpfung

zum Verbleib in der Apotheke

Dokumentation der Gripeschutzimpfung

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Sichtprüfung der Injektionslösung

Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend ☐ ja ☐ nein

Die Suspension ist frei von sichtbaren Partikeln ☐ ja ☐ nein

Name des Arzneimittels		Name des impfenden Apothekers
Chargennummer	Impfdatum	Unterschrift
oder Vignette hier einkleben		