Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer   
zur Qualitätssicherung

**FORMBLATT**

* **Vorlage für die Dokumentation der Durchführung der COVID-19-Schutzimpfung in der Apotheke**

Stand: 07.04.2022

*(geändert am 18.10.2022: S. 7 Aufnahme des Impfstoffs COVID-19 Vaccine (inactivated, adjuvanted) Valneva****)***

**Leitlinie:**

Durchführung von COVID-19-Schutzimpfungen in öffentlichen Apotheken

**Hinweise zur Benutzung des Bogens**

Die Arbeitshilfe enthält eine Vorlage für die Dokumentation der Durchführung der COVID-19-Schutzimpfung. Dieser Bogen ist in der Patientenakte des Patienten/der Patientin zusammen mit dem Anamnesebogen und der Einwilligungserklärung und ggf. dem Aufklärungsbogen in der Apotheke gemäß § 630f Abs. 3 BGB 10 Jahre aufzubewahren.

zum Verbleib in der Apotheke

**Dokumentation der COVID-19-Schutzimpfung mit Comirnaty®**

|  |  |
| --- | --- |
| Comirnaty® 30 µg/Dosis (BioNTech/Pfizer) | **□** |
| Comirnaty® Original/Omicron BA.1 (15/15 μg)/ Dosis Injektionsdispersion | **□** |
| Comirnaty ® Original/Omicron BA.4-5 (15/15 μg)/ Dosis Injektionsdispersion | **□** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Patienten/der Patientin\*: | geb. am\*: |
| Geschlecht\*: |  |
|  |  |
| Sichtprüfung der Injektionslösung |  |
| Die Dispersion ist weiß- grauweiß. | 🞏 ja 🞏 nein |
| Die Dispersion ist frei von sichtbaren Partikeln. | 🞏 ja 🞏 nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name des Arzneimittels\* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name des impfenden Apothekers/ der impfenden Apothekerin\* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chargennummer\*  **oder Vignette hier einkleben** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Impfdatum\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift |

**\*täglich an das DIM zu übermittelnde Daten (§ 4 Abs.1 CoronaImpfV)**

zum Verbleib in der Apotheke

**Dokumentation der COVID-19-Schutzimpfung mit Spikevax®**

|  |  |
| --- | --- |
| Spikevax® (Moderna) | **□** |
| Spikevax® bivalent Original/Omicron BA.1 (50 µg/50 µg)/ml Injektionsdispersion | **□** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Patienten/der Patientin\*: | geb. am\*: |
| Geschlecht\*: |  |
|  |  |
| Sichtprüfung der Injektionslösung |  |
| Die Dispersion ist weiß- cremefarbig. | 🞏 ja 🞏 nein |
| Die Dispersion kann weiße oder durchscheinende Partikel enthalten. | 🞏 ja 🞏 nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name des Arzneimittels\* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name des impfenden Apothekers/ der impfenden Apothekerin\* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chargennummer\*  **oder Vignette hier einkleben** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Impfdatum\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift |

**\*täglich an das DIM zu übermittelnde Daten (§ 4 Abs.1 CoronaImpfV)**

zum Verbleib in der Apotheke

**Dokumentation der COVID-19-Schutzimpfung mit JCOVDEN (zuvor Covid-19 Vaccine Janssen)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Patienten/der Patientin\*: | geb. am\*: |
| Geschlecht\*: |  |
|  |  |
| Sichtprüfung der Injektionslösung |  |
| Die Suspension ist farblos bis leicht gelb, sowie klar bis stark opaleszierend. | 🞏 ja 🞏 nein |
| Die Suspension ist frei von sichtbaren Partikeln. | 🞏 ja 🞏 nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name des Arzneimittels\* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name des impfenden Apothekers/ der impfenden Apothekerin\* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chargennummer\*  **oder Vignette hier einkleben** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Impfdatum\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift |

**\*täglich an das DIM zu übermittelnde Daten (§ 4 Abs.1 CoronaImpfV)**

zum Verbleib in der Apotheke

**Dokumentation der COVID-19-Schutzimpfung mit Nuvaxovid®**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Patienten/der Patientin\*: | geb. am\*: |
| Geschlecht\*: |  |
|  |  |
| Sichtprüfung der Injektionslösung |  |
| Die Dispersion ist farblos bis gelblich, sowie klar bis leicht opaleszierend. | 🞏 ja 🞏 nein |
| Die Dispersion ist frei von sichtbaren Partikeln. | 🞏 ja 🞏 nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name des Arzneimittels\* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name des impfenden Apothekers/ der impfenden Apothekerin\* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chargennummer\*  **oder Vignette hier einkleben** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Impfdatum\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift |

**\*täglich an das DIM zu übermittelnde Daten (§ 4 Abs.1 CoronaImpfV)**

zum Verbleib in der Apotheke

**Dokumentation der COVID-19-Schutzimpfung mit COVID-19 Vaccine Valneva**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Patienten/der Patientin\*: | geb. am\*: |
| Geschlecht\*: |  |
|  |  |
| Sichtprüfung der Injektionslösung |  |
| Die Suspension ist weiß bis nicht reinweiß | 🞏 ja 🞏 nein |
| Die Suspension ist frei von Fremdkörperteilchen. | 🞏 ja 🞏 nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name des Arzneimittels\* |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name des impfenden Apothekers/ der impfenden Apothekerin\* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chargennummer\*  **oder Vignette hier einkleben** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Impfdatum\* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift |

**\*täglich an das DIM zu übermittelnde Daten (§ 4 Abs.1 CoronaImpfV)**