

### Dokumentation der Gripeschutzimpfung (Verbleib in der Apotheke, Aufbewahrung 10 Jahre lang)

Name Patient: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

#### 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 des impfenden Apothekers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift