

zum Verbleib in der Apotheke

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

Comirnaty® Original/Omicron BA.1 (15/15 µg)/Dosis Injektionsdispersion	<input type="checkbox"/>
Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5 (15/15 µg)/Dosis Injektionsdispersion	<input type="checkbox"/>
Comirnaty® Omicron XBB. 1.5 30µg/Dosis Injektionsdispersion	<input type="checkbox"/>

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\*

\_\_\_\_\_  
Impfdatum\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

oder Vignette hier einkleben

\*im festgelegten Zeitraum an das DIM zu übermittelnde Daten (§ 13 Abs.5 IfSG)