

ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoff –

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html



1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja nein

2. Falls Sie¹ bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja nein

3. Leiden Sie¹ unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja nein

wenn ja, welche:

4. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja nein

5. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

ja nein

wenn ja, welche:

6. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja nein

wenn ja, welche:

7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie¹?

ja nein

8. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja nein

9. Haben Sie¹ bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?

ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum: _____ Impfstoff: _____

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

¹ Ggf. wird dies von den gesetzlichen VertreterInnen beantwortet



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoff –



Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertreterin / den gesetzlichen Vertreter.
Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem Impfarzt.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Vermerke:

Ort, Datum:

X

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

