

## ANAMNESE

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

SAARLAND



1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

- ja  nein

2. Falls Sie<sup>1</sup> bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?

- ja  nein

3. Leiden Sie<sup>1</sup> unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

- ja  nein

wenn ja, welche:

---

4. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

- ja  nein

5. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

- ja  nein

wenn ja, welche:

---

6. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> 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 Sie<sup>1</sup>?

- ja  nein

8. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

- ja  nein

9. Haben Sie<sup>1</sup> 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.)

<sup>1</sup> Ggf. wird dies von den gesetzlichen VertreterInnen beantwortet



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

SAARLAND



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 Vektor-Impfstoff ein.  
 Ich lehne die Impfung ab.  
 Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkung:

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)

