

ANAMNESE

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

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

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

1 Ggf. wird dies von dem gesetzlichen Vertreterinnen beantwortet

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

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 _____

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:
Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

Unterschrift der Ärztin / des Arztes