

# ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Kontaktdaten für Notfall: \_\_\_\_\_

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  
 ja  nein
2. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?  
 ja  nein
3. Wurden Sie<sup>1</sup> bereits gegen COVID-19 geimpft?  
 ja  nein  
 Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?  
 Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_  
**(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)**
4. 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
5. Wurde bei Ihnen<sup>1</sup> in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?  
 ja  nein  
 wenn ja, wann \_\_\_\_\_
6. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  
 ja  nein
7. Haben Sie<sup>1</sup> chronische Erkrankungen oder leiden Sie<sup>1</sup> an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?  
 ja  nein  
 wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
8. 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: \_\_\_\_\_
9. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?  
 ja  nein
10. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?  
 ja  nein

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

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff  
(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna®  
von Moderna)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

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

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 und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche  
Aufklärungsgespräch.

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

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkung \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich  
erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)**

**Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur  
Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) angeben:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_