

ANAMNESE



3. Impfung (Auffrischungsimpfung) 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 _____

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

ja

nein

2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden

ja

nein

3. Haben Sie nach Ihrer COVID-19-Impfung eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

nein

4. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

ja

nein

Wenn ja, wann _____

5. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja

nein

Wenn ja, welche _____

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

ja

nein

7. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

ja

nein

Wenn ja, welche _____

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

ja

nein

Wenn ja, welche _____

9. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja

nein

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG



3. Impfung (Auffrischungsimpfung) gegen

COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und

Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Ich bin über die Risiken und Nebenwirkungen der 3. Impfung (Auffrischungsimpfung) gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) aufgeklärt worden, habe diese verstanden und möchte geimpft werden.

Anmerkungen _____

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 zu Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte,

Vorsorgeberechtigte oder Betreuer/in)

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

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

1. Impfung / Impfstoff:		2. Impfung / Impfstoff:	
BioNTech		BioNTech	
Moderna		Moderna	
AstraZeneca		AstraZeneca	
		Johnson&Johnson	

3. Impfung / Impfstoff:
Charge:
Haltbarkeit
Arzt/Ärztin