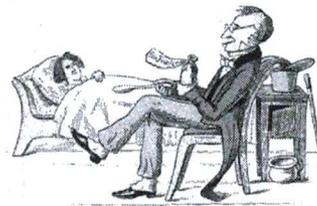


GEMEINSCHAFTSPRAXIS

INNERE MEDIZIN | DIABETOLOGIE | ALLGEMEINMEDIZIN



ÄRZTE FÜR
INNERE MEDIZIN
DIABETOLOGIE

DR. E. KLÖR
J. LOHMANN
DR. W. VAN DE SAND

ÄRZTIN FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN

DR. I. GABEL

ANGESTELLTE INTERNISTIN

DR. C. SCHMITT

Anamnese zu Schutzimpfung gegen Covid-19 (Corona Virus Disease 2019)

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

ja nein

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

ja nein

3. Wurden Sie¹ 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 Sie¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja nein

5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

ja nein

Wenn ja, wann

(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)

6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja nein

Wenn ja, welche

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

ja nein

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche

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

ja nein

Wenn ja, welche

10. Sind Sie schwanger¹? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?

ja SSW nein

¹ ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

mRNA

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

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und
Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Stand: 17. September 2021

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.

- 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.

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 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

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e.V., Marburg, in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.
Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg
in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 009 (Stand 17. September 2021)



ROBERT KOCH INSTITUT

