ANAMNESE

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

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor: www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)				
Geburtsdatum				
A				
Anschrift				
1.	Besteht bei Ihnen ¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?			
	☐ ja	nein		
2.	Sind Sie ¹ in den letzten 14 Tagen geimpft wor	den?		
	☐ ja	nein		
3.	Wurden Sie ¹ 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 ¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalt ja	t en haben: Haben Sie¹ c nein	lanach eine allergische Reaktion entwickelt	
5.	Wurde bei Ihnen ¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?			
	ja ja	nein		
	Wenn ja, wann			
	(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, d bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)	lie Impfung 4 Wochen bis 6	Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte	
6.	Haben Sie ¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie ¹ an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?			
	☐ ja	nein		
	Wenn ja, welche			
7.	Leiden Sie ¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?			
	☐ ja	nein		
8.	Ist bei Ihnen ¹ eine Allergie bekannt?			
	☐ ja	nein		
	Wenn ja, welche			
9.	Traten bei Ihnen ¹ 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	•	

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			





