

Dokumentation der Schutzimpfung gegen COVID-19

Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

- Ich fühle mich nicht krank / bin fieberfrei (Temp. < 38,5 °C / ggf. Messung _____ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 4 Wochen nicht an COVID-19 (Corona) erkrankt
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (Notarzteinsatz, Krankenhaus, Infusionen).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen nicht geimpft
- Für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin nicht in der 1. – 12 SSW schwanger
- Bei Zweit-Impfung /Auffrischung: Ich hatte nach Erstimpfung nur übliche Nebenwirkungen (*siehe Anmerkungen unten). und keine anderen oder schwerwiegenden Symptome.
 Falls doch: _____
- Hiermit erkläre ich, dass sich seit der Erstimpfung gegen COVID-19 keinerlei Veränderungen bzgl. meiner Krankheitsgeschichte ergeben haben (Infektionen mit Sars-CoV2, blutverdünnende Medikamente, allergische Reaktionen auf Impfungen, Schwangerschaft
 Anmerkungen: _____
- Ich nehme folgende blutverdünnende Medikamente: _____
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu. Ich hatte Gelegenheit, den aktuellen Aufklärungsbogen des RKI zur Kenntnis zu nehmen und habe keine weiteren Fragen.
- Ich stimme der Impfung gegen COVID- 19 mit dem Impfstoff
 Spikevax von Moderna Comirnaty von Biontech zu
Bitte beachten Sie: Die Erst- und Zweitimpfung müssen mir dem gleichen Impfstoff erfolgen, die Boosterimpfung kann mit einem anderen mRNA-Impfstoff erfolgen)

*Anmerkungen: Die Impfung kann für 1-3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen. Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen. Außerhalb unserer Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 11 6 11 7. Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf 112.

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen nur aus, wenn Sie die Grundimmunisierung gegen COVID- 19 nicht in unserer Praxis gemacht haben:

Meine Erstimpfung erhielt ich am _____ mit dem Impfstoff _____

Meine Zweitimpfung erhielt ich am: _____ mit dem Impfstoff _____

Ort, Datum

Unterschrift