EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

☐ 1. Impfung ☐ 2. Impfung
☐ 3. Impfung

☐ BNT ☐ MOD

Impfindiktion gem. STIKO

☐ Alter ☐ medizinisch
☐ Beruf ☐ keine Indikation

Nur vom Arzt auszufüllen

mRNA

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

(Comirnaty® 10 µg und 30 µg von BioNTech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Stand: 21. Dezember 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 / Betreuer)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) 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 014 (Stand 21. Dezember 2021)

ROBERT KOCH INSTITUT

ANAMNESE

mRNA

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

(Comirnaty® 10 µg und 30 µg von BioNTech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Stand: 21. Dezember 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 _____

Anschrift _____

1. **Besteht bei Ihnen[1] derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?**
   ☐ ja ☐ nein
2. **Sind Sie[1] in den letzten 14 Tagen geimpft worden?**
   ☐ ja ☐ nein
3. **Wurden Sie[1] bereits gegen COVID-19 geimpft?**
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ 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 erhalten haben: Haben Sie[1] danach eine allergische Reaktion entwickelt?**
   ☐ ja ☐ nein
   Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche _____
5. **Wurde bei Ihnen[1] in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?**
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, wann _____
   (Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 3 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)
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 schwanger[1]? (Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)**
    Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?
    ☐ ja SSW _____ ☐ nein

1 ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet