

ANAMNESE und EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG



Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA Impfstoffen (Comirnaty®)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

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

Wenn ja, gegen welchen Erreger wurde geimpft? _____

3. Wurden Sie1 bereits gegen COVID-19 geimpft? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie häufig wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? _____

Wann wurden Sie zuletzt und mit welchem Impfstoff immunisiert? Datum: _____

Impfstoff: _____

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. Falls Sie bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie 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 in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) nachgewiesen? (schließt Selbsttest mit ein) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, wann?: _____

6. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immun-schwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)? ☐ 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 schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW): _____

(Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt bzw. der Apothekerin / dem Apotheker.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch bzw. das Aufklärungsgespräch mit der Apothekerin / dem Apotheker.

☐ 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 bzw. der Apothekerin / des Apothekers

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: _____

Telefonnummer: _____ 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 024 (Stand 28. Oktober 2024)