

Anamnese- und Einwilligungsbogen zur Schutzimpfung gegen COVID-19

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Impfung, wenn Sie ausreichend aufgeklärt sind.

Die Impfung erfolgt mit dem Impfstoff der Firma: BioNTech/Pfizer (Comirnaty® mRNA-Impfstoff)
AstraZeneca (Vektor-Impfstoff)

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Infektion mit dem Coronavirus sicher nachgewiesen? Ja Nein

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Ja Nein

Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? Ja Nein

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie? Ja Nein

Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? Ja Nein

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und das Merkblatt unterschrieben. Weitere Fragen habe ich nicht. Ich bin ausreichend über die Risiken der Impfung gegen COVID-19 informiert und willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit dem oben genannten Impfstoff ein.

Datum: Unterschrift:

Denken Sie an Ihren zweiten Impftermin am Nur dann haben Sie sicheren Impfschutz!

DER NACHFOLGENDE TEIL WIRD VOM ARZT AUSGEFÜLLT!

Name / Last Name: Vorname / First Name:

Geburtsdatum / Date of birth:

Folgende Impfungen gegen COVID-19 sind erfolgt / The following vaccinations against COVID-19 have been administered:

Unterschrift / Signature

Impfstelle / Vaccination Centre

Erste Impfung / First Vaccination Datum/Date:

BioNTech/Pfizer (Comirnaty® mRNA-Impfstoff) Charge:

AstraZeneca (Vektor-Impfstoff) Charge:

Zweite Impfung / Second Vaccination Datum/Date:

BioNTech/Pfizer (Comirnaty® mRNA-Impfstoff) Charge:

Astra Zeneca (Vektor-Impfstoff) Charge: