

# ANAMNESE EINWILLIGUNG

ORIGINAL

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoff –

### Anamnese

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

☐ ja ☐ nein

2. Leiden Sie<sup>1</sup> unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?  
(z.B. durch eine Chemotherapie oder andere Medikamente)

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

4. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

5. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

6. Bei Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?

☐ ja ☐ nein

7. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

☐ ja ☐ nein

<sup>1</sup> Ggf. wird dies von den gesetzlichen VertreterInnen beantwortet

### Einwilligung

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.
- ☐ Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- ☐ Ich lehne die Impfung ab.
- ☐ Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person,  
bzw. der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte  
oder BetreuerIn)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

# ANAMNESE EINWILLIGUNG

DUPLIKAT

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoff –

### Anamnese

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

☐ ja ☐ nein

2. Leiden Sie<sup>1</sup> unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?  
(z.B. durch eine Chemotherapie oder andere Medikamente)

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

4. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

5. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

6. Bei Frauen im gebärfähigen Alter:

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?

☐ ja ☐ nein

7. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

☐ ja ☐ nein

<sup>1</sup> Ggf. wird dies von den gesetzlichen VertreterInnen beantwortet

### Einwilligung

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.
- ☐ Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- ☐ Ich lehne die Impfung ab.
- ☐ Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person,  
bzw. der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte  
oder BetreuerIn)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes