

ANAMNESE EINWILLIGUNG

ORIGINAL

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

Anamnese

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

☐ ja ☐ nein

2. Leiden Sie¹ unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?
(z.B. durch eine Chemotherapie oder andere Medikamente)

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

3. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

4. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

5. Traten bei Ihnen¹ 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 Sie¹?

☐ ja ☐ nein

7. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

☐ ja ☐ nein

¹ 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 Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

☐ ja ☐ nein

2. Leiden Sie¹ unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?
(z.B. durch eine Chemotherapie oder andere Medikamente)

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

3. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

☐ ja ☐ nein

4. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

5. Traten bei Ihnen¹ 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 Sie¹?

☐ ja ☐ nein

7. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

☐ ja ☐ nein

¹ 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