ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Stand: 01. April 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 Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? ja	nein	
2.	Haben Sie¹ bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten? ja	nein	
	Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum:(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum	•	
3.	Falls Sie ¹ bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie ¹ d ja	anach eine allergische Reaktion entwickelt? nein	
4.	1. Wurde bei Ihnen ¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? (Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung frühestens 6 Monate nach Genesung bzw. Diagnosestellung durchzuführen.) ja nein		
	Wenn ja, wann		
5. Haben Sie ¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie ¹ an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemo immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?			
	ja :	Helli	
_	Wenn ja, welche		
6.	Leiden Sie ¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverd ja	nein	
7.	Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt? ja	nein	
	Wenn ja, welche		
8. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohe Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?		rscheinungen, hohes Fieber,	
	ja	nein	
	Wenn ja, welche		
9.	Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangersch ja	n <mark>aft oder stillen Sie¹?</mark> nein	
10	. Sind Sie ¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden? ja	nein	

¹ ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Stand: 01. April 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)			
Geburtsdatum			
Anschrift			
Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson. Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretungsperson angeben:			
Name, Vorname			
Telefonnr.	E-Mail		
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. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)	Unterschrift der Ärztin/des Arztes		

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.



