

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

für Impfungen gegen

COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer

und Spikevax® von Moderna)

Stand: 19. Oktober 2021

mRNA

Bitte füllen Sie diese
Erklärung erst kurz
vor der Impfung aus!

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

(**Bitte in Druckbuchstaben**)

Geburtsdatum _____

Meine Postleitzahl _____

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

☐ ja

☐ nein

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

☐ ja

☐ nein

3. Wurden Sie¹ bereits gegen COVID-19 geimpft?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum: _____ Impfstoff: _____

Datum: _____ Impfstoff: _____

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

4. Falls Sie¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

☐ ja

☐ nein

5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wann _____

(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)

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 schwanger¹? (Eine Impfung wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?

☐ ja

SSW _____

☐ nein

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und habe die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

☐ 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 _____