

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

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

mRNA

für Impfungen gegen

COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer
und Spikevax® von Moderna)

Stand: 19. Oktober 2021

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