

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

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

Stand: 02. Februar 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 Vektor-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Dr. med. Kathrin Keller
LANR 942617903
FÄ für Innere Medizin, Psychotherapie
- hausärztliche Versorgung -
Nicolaistr. 18 • 08209 Auerbach
Telefon 03744 212827
94 / 1982800

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.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 001 (Stand 02. Februar 2021)



ROBERT KOCH INSTITUT



ANAMNESE

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

Stand: 02. Februar 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. Falls Sie¹ bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

nein

3. Leiden Sie¹ unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?
(z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)

ja

nein

wenn ja, welche _____

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

ja

nein

5. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

ja

nein

wenn ja, welche _____

6. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

wenn ja, welche _____

7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie¹?

ja

nein

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

ja

nein

9. Haben Sie¹ bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?

ja

nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____
(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

¹ Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet