

ANAMNESE

EINWILLIGUNG



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)

