



Name, Vorname: _____

Geb.datum: _____

Anamnese/Einwilligung zur Impfung sowie Erklärung zum Datenschutz

- ☐ Ich bin fieberfrei (ggf. Messung: _____ °C)
- ☐ Ich war in den letzten 6 Monaten nicht an Covid-19 erkrankt.
- ☐ Ich nehme blutverdünnende Medikamente: _____
- ☐ Ich hatte bisher keine (lebensbedrohlichen) Allergien;
- ☐ Ich habe bisherige Impfungen gut vertragen, es gab keine ungewöhnlichen Reaktionen.
- ☐ Ich wurde in den letzten 14 Tagen nicht geimpft
- ☐ Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen
- ☐ **Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein** ☐ **Ich lehne die Impfung ab**
- ☐ Zusätzlich für Frauen im gebärfähigen Alter: ich bin nicht schwanger. Ich stille nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling/Betreuer-in
(Vor-) Sorgeberechtigter

Unterschrift Ärztin/Arzt

Anmerkungen:

Die Impfung kann für 1-3 Tage eine Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle sowie Fieber, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit, und selten Durchfall auslösen.

Bitte informieren Sie uns bei darüberhinausgehenden Nebenwirkungen (Tel. 05171-3635).

Außerhalb der Sprechzeiten können Sie sich an der Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116117 wenden, bei Notfällen wählen Sie den Notruf 112.

Ggf. zum Ausschneiden und Einkleben in den Impfpass

BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNGEN GEGEN SARS-COV-2 („Corona-Virus“) <i>Certificate of vaccination against SARS-CoV-2 (Covid-19)</i>		
Name, Vorname <i>Last name, first name</i>		
Geburtsdatum <i>Date of birth</i>		
Datum <i>Date</i>	Impfstoff/Charge-Nr <i>vaccine/batch no.</i>	Unterschrift/Stempel <i>signature/stamp</i>

Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)