

**Patientenanamnese zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit
einem mRNA-Impfstoff:
BIONTECH® (Comirnaty®) oder MODERNA® (Spikevax®)**

Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit COVID-19 sicher nachgewiesen? Ja Nein

Wenn ja, wann und wie? _____

Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? Wenn womit? Ja Nein

1. Datum: _____ 1. Impfstoff: _____

2. Datum: _____ 2. Impfstoff: _____

3. Datum: _____ 3. Impfstoff: _____

Haben Sie auf Ihre letzte COVID-19-Impfung allergisch reagiert? Ja Nein

Haben Sie im Rahmen einer Impfung bereits schonmal das **Bewusstsein verloren**? Ja Nein

Besteht bei Ihnen aktuell eine akute Erkrankung mit Fieber? Ja Nein

Könnten Sie aktuell schwanger sein? Stillen Sie? (Frauen im gebärfähigen Alter) Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Wenn ja, wogegen? Ja Nein

Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja bitte angeben: _____ Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/Diagnosen?

Depression

Diabetes mellitus

Migräne

Asthma

Herzerkrankung

Autoimmunerkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Tumorleiden

Gynäkologische Erkrankung

Bluthochdruck

Thrombosen

Schlaganfall

Sonstige: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Bitte wenden

**Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit
einem mRNA-Impfstoff:
BIONTECH® (Comirnaty®) oder MODERNA® (Spikevax®)**

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Postleitzahl, Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein, habe die aktuell geltenden Aufklärungsinformationen zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit einer Impfärztin / einem Impfarzt.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein, verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch, habe keine weiteren Fragen und habe die aktuell geltenden Aufklärungsinformationen zur Kenntnis genommen.

Von dem Arzt/der Ärztin auszufüllen:

Unterschrift, Stempel: _____

Von der zu impfenden Person oder dem gesetzlichen Vertreter auszufüllen:

Ort, Datum: Berlin _____

Unterschrift: _____

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Zustimmung zur Impfung bzw. die Verweigerung der Impfung durch den gesetzlichen Vertreter.

Vom gesetzlichen Vertreter auszufüllen:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Postleitzahl, Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Bitte wenden