



CORONA – IMPFUNG

Impfeinwilligung und Anamnese

Sehr geehrte Patienten,

für Ihre anstehende Corona-Impfung bitten wir Sie diesen Fragebogen auszudrucken, folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten und den unterschriebenen Fragebogen zu Ihrem Impftermin zusammen mit Ihrem gelben Impfausweis und dem Aufklärungsbogen mitzubringen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Telefon Privat: _____ Mobiltelefon: _____

Krankenkasse: _____

Falls gesetzlich versichert ... Versichertennummer: _____

Impfspezifische Fragen:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| • Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine Impfung? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| • Hatten Sie eine Covid-19 Infektion in den letzten 6 Monaten? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| • Ich nehme blutverdünnende Medikamente | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter schweren Allergien (Schwellung der Lippen, Atemnot, Kreislaufprobleme) | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| • Ich habe bereits einmal allergisch auf eine Impfung reagiert | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| • Ich hatte in der Vergangenheit bereits Thrombosen oder Lungenembolien | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter einer Autoimmunerkrankung | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |

Allgemeine Fragen:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | ja
<input type="checkbox"/> | nein
<input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------------|---|
- Wenn ja welche:

- Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung?..... **Ja** **nein**
Wenn ja, welche?

Vorraussetzungen für eine Auffrischimpfung mit Biontech Comirnaty:

- Abschlussimpfung muss mindestens 6 Monate zurückliegen
- Angestellte/r in einem Pflegeheim oder sonstiger medizinischer Einrichtung
- Personen über 60 Jahre mit hohem Risiko f. schweren Krankheitsverlauf (Beurteilung durch Praxisarzt)
- Jedes Alter, wenn die Abschlussimpfung mit einem Vektorimpfstoff stattgefunden hat
- Personen welche min. 80 Jahre alt sind (egal welcher Impfstoff vorangegangen ist)
- Personen mit Immunschwäche und/oder Einnahme von Immunsuppressiva

Wichtige Informationen zur Corona-Impfung

Bitte beachten Sie, dass Schwangere in der Regel nicht geimpft werden dürfen.
Bitte beachten Sie außerdem, dass Sie am Tag der Impfung frei von einem akuten Infekt sein müssen.
(Halsweh, Fieber, Gliederschmerzen, Husten, Niesen etc.)
Nach der Impfung bleiben Sie bitte 15 Minuten zur Nachbeobachtung in der Praxis
(Allergiker 30 Minuten).

Falls Sie nach der Impfung 1-2 Tage Grippe-symptome (Glieder und Kopfschmerzen, Fieber oder Schmerzen an der Einstichstelle haben können Sie Fiebermedikamente (z.B. Ibuprofen, Paracetamol) einnehmen. Bei weiteren Beschwerden melden Sie sich bei uns oder wählen Sie 116117 (ärztlicher Bereitschaftsdienst).

- Die vorgenannten wichtigen Informationen zur Corona-Impfung **ja**
habe ich zur Kenntnis genommen

- Nur für Impflinge von 12-15 Jahren: **ja**
Mir ist bekannt, dass die ständige Kommission die Impfung aktuell noch nicht empfiehlt. Dies liegt an den noch begrenzt vorliegenden Daten zu möglichen Komplikationen und zu Long-Covid.
Ich wünsche die Impfung.

Hiermit willige ich in die vorgesehene Impfung gegen Corona ein und wünsche auch die 2. Impfung falls die für den verabreichten Impfstoff so vorgesehen ist.

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift:

bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte: