



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

#### **Allgemeine Fragen:**

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

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

---



---

**Erklärung zur Booster Impfung mit dem angepassten COVID-19-Impfstoff von BioNTech/Pfizer und Moderna**

Der vorliegende COVID-19-Impfstoff enthält sowohl den bisher bekannten mRNA Impfstoff als auch den mRNA Impfstoff gegen die Omikron Variante BA1.

Die für die meisten Infektionen in Deutschland verantwortliche COVID-19 Variante ist aktuell nicht BA1 sondern BA5. Die beiden Varianten sind allerdings eng verwandt. Es wird voraussichtlich noch in diesem Jahr einen Impfstoff gegen BA5 geben.

Für folgende Situationen empfiehlt die Stiko eine 4. Impfung:

Alle Patienten > 60 Jahre

Alle Patienten mit chronischen Vorerkrankungen wie Diabetes mellitus, Asthma, koronare Herzerkrankung u.a.

Der Abstand zur 3. Impfung sollte mindestens 6 Monate betragen.

Wenn Coronainfektionen im Abstand von mindestens 3 Monaten zu einer Impfung stattgefunden haben, werden diese wie Impfungen gewertet und entsprechend mitgezählt.

Alle anderen Patientinnen können nach individueller Entscheidung eine 4. Impfung erhalten, wenn ein Mindestabstand zur letzten Impfung/ Infektion von 6 Monaten besteht.

Wichtig hierbei ist zu wissen, dass es dazu keine Empfehlung der STIKO gibt.

Die ausführliche Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen zu mRNA Impfstoffen habe ich erhalten und gelesen.

Ich habe alles zur Kenntnis genommen, ich habe keine weiteren Fragen und wünsche die Impfung.

**Wichtige Informationen zur Corona-Impfung**

Bitte beachten Sie, dass Schwangere nur nach ärztlicher Rücksprache die Impfung erhalten können.

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).

Sie sollten sich für 1 Woche nach der Impfung nicht körperlich anstrengen (nicht schwitzen). Patienten, die jünger als 30 Jahre sind, gilt dies für 2 Wochen.

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift:

bei Minderjährigen Unterschrift  
Erziehungsberechtigte: