Original zum Verbleib bei der zu impfenden Person

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19
(Corona Virus Disease 2019)
– mit mRNA-Impfstoff –

1. Besteht bei Ihnen[1] derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

○ ja ○ nein

2. Leiden Sie[1] unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?
(z.B. durch eine Chemotherapie oder andere Medikamente)

○ ja ○ nein

wenn ja, welche: _____

3. Leiden Sie[1] an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

○ ja ○ nein

4. Ist bei Ihnen[1] eine Allergie bekannt?

○ ja ○ nein

wenn ja, welche: _____

5. Traten bei Ihnen[1] 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 Sie[1]?

○ ja ○ nein

7. Sind Sie[1] in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

○ ja ○ nein

[1] Ggf. wird dies von den gesetzlichen VertreterInnen beantwortet

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e.V., Marburg, in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rah-men seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Original zum Verbleib bei der zu impfenden Person

EINWILLIGUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19
(**Co**rona **Vi**rus **D**isease 20**19**)
– mit mRNA-Impfstoff –

Einwilligung

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)

_____

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 001 (Stand 09. Dezember 2020)

ROBERT KOCH INSTITUT