

Schutzimpfung gegen COVID – 19 Anamnese und Einwilligung

Herr / Frau.....

Im Wartezimmer finden Sie ein Aufklärungsblatt über die Durchführung der Schutzimpfung. Darin sind die wesentlichen Angaben über die durch die Impfung vermeidbaren Krankheiten, den Impfstoff, die Impfung sowie über Impfreaktionen und mögliche Impfkomplicationen enthalten.

Dieses Aufklärungsblatt habe Ich zur Kenntnis genommen.

ja nein

1. Sind Sie gesund? ja nein

2. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? ja nein
(z.B. gegen Hühnereiweiß)
Wenn ja, welche ?

3. Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja nein

4. Bei Impfungen von Frauen im gebärfähigen Alter:
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja nein

5. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?
(z.B. durch Chemotherapie oder andere Medikamente)

ja nein

Wenn ja, welche?

6. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

7. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? ja nein

Bitte bringen Sie zum Impftermin Ihr Impfbuch mit!

Einverständniserklärung

Zur Durchführung der Schutzimpfung nach ärztlicher Aufklärung.

Ich habe den Inhalt des Merkblattes zur Kenntnis genommen.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Covid19 ein.

Ich lehne die Impfung ab. Mögliche Nachteile der Ablehnung dieser Impfung sind mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten.....