

ANAMNESE COVID 19

Schutzimpfung gegen **COVID-19** mit mRNA-Impfstoffen

Comirnaty Varianten-adaptiert (30µg/ Dosis) von Biontech/Pfizer

Name: _____
(Name, Vorname)

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? O ja O nein
2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? O ja O nein
3. Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? O ja O nein
Wenn ja, wie häufig? _____ Datum der letzten Covid Impfung: _____
4. Hatten Sie nach früheren Impfungen Komplikationen? O ja O nein
5. Wann hatten Sie die letzte Covid-Infektion? _____
6. Haben Sie chronische Erkrankungen?: Welche _____ O ja O nein
7. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
O ja O nein
8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? _____ O ja O nein
9. Sind Sie schwanger? SSW _____ O ja O nein

(Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

Impfempfehlungen der STIKO und Schutzimpfungsrichtlinie des GBA (wird von Apotheker*in ausgefüllt)

- | | | |
|---|-------------|---------------|
| Standardimpfung zum Erreichen der Basisimmunität: | O ja | O nein |
| Auffrischimpfung, mindestens 12 Monate zur letzten bekannten SARS-COV-2-Antigen-Exposition: | O ja | O nein |
| zu impfende Person > 60 Jahre: | O ja | O nein |
| medizinische oder berufliche Indikation vorhanden: _____ | O ja | O nein |
| → die Angaben entsprechen den Impfempfehlungen der STIKO bzw. der Schutzimpfungsrichtlinie des GBA | O ja | O nein |
| Kostenübernahme durch GKV | O ja | O nein |

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen **COVID-19** mit mRNA-Impfstoffen

Comirnaty Varianten-adaptiert (30µg/ Dosis) von Biontech/Pfizer

Name: _____ Geburtsdatum: _____
(Name, Vorname)

Anschrift: _____

Versicherung: _____ IK: _____ Vers. Nr _____

- ☐ Ich hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit der Apothekerin / dem Apotheker und habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein.
- ☐ Ich wurde über die Impfeempfehlungen der STIKO und über die Schutzimpfungsrichtlinie des GBA informiert und aufgeklärt. Ich wünsche ausdrücklich eine Impfung gegen das SARS-COV-2 Virus. Bei fehlender STIKO-Empfehlung entsteht bei auftretenden Folgeschäden kein Haftungsanspruch.
- ☐ Ich lehne die Impfung ab.
- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten zu Dokumentations- und Abrechnungszwecken verarbeitet und aufbewahrt werden. Eine Löschung erfolgt nach 10 Jahren. Wir weisen darauf hin, dass wir gesetzlich zur Impfsurveillance verpflichtet sind und daher dem Robert-Koch-Institut pseudonymisiert übermittelt werden.

Datum Unterschrift Patient*in Unterschrift Apotheker*in

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person

Name, Vorname _____ Telefonnr.: _____

Anschrift: _____

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person,
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer)