

ANAMNESE COVID 19

Schutzimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoffen

Comirnaty® (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis), Comirnaty Original/Omicron BA.1® und Comirnaty Original/Omicron BA.4-5®, Comirnaty Omicron XBB 1.5® von BioNTech/Pfizer sowie Spikevax® 0,2 mg/ml bzw. 0,1 mg/ml Injektionsdispersion (25 µg, 50 µg bzw. 100 µg/Dosis), Spikevax bivalent Original/Omicron BA.1® und Spikevax bivalent Original/Omicron BA.4-5® von Moderna

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 / Immunschwäche? 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
Wenn ja, welche: _____
9. Sind Sie schwanger? O ja SSW _____ O nein

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

Impfempfehlungen der STIKO und Schutzimpfungsrichtlinie des GBA:

- | | | |
|---|-------------|---------------|
| 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 |

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoffen

Comirnaty® (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis), Comirnaty Original/Omicron BA.1®, Comirnaty Original/Omicron BA.4-5® und Comirnaty Omicron XBB 1.5 ®von BioNTech/Pfizer sowie Spikevax® 0,2 mg/ml bzw. 0,1 mg/ml Injektionsdispersion (25 µg, 50 µg bzw. 100 µg/Dosis), Spikevax bivalent Original/Omicron BA.1® und Spikevax bivalent Original/Omicron BA.4-5® von Moderna

Name: _____ Geburtsdatum: _____
(Name, Vorname)

Anschrift: _____

Versicherung: _____ IK: _____ Vers. Nr. _____

- Ich habe keine weiteren Fragen mit der Apothekerin / dem Apotheker.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- 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.

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)