ANAMNESE

mRNA

Stand: 28. Oktober 2024

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoffen –

Comirnaty® Varianten-adaptiert (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis) von BioNTech/Pfizer und Spikevax® Varianten-adaptiert (25 µg oder 50 µg/Dosis) von Moderna

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen[1] derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?
   ☐ ja ☐ nein
2. Sind Sie[1] in den letzten 14 Tagen geimpft worden?
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, gegen welchen Erreger wurde geimpft? _____
3. Wurden Sie[1] bereits gegen COVID-19 geimpft?
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, wie häufig wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? _____
   Wann wurden Sie zuletzt und mit welchem Impfstoff immunisiert?
   Datum: _____ Impfstoff: _____
   (Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)
4. Falls Sie[1] bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie[1] danach eine allergische Reaktion entwickelt?
   ☐ ja ☐ nein
   Sind bei Ihnen[1] andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche _____
5. Wurde bei Ihnen[1] in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) nachgewiesen?
   (schließt Selbsttest mit ein)
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, wann _____
6. Haben Sie[1] chronische Erkrankungen oder leiden Sie[1] an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)?
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche _____
7. Leiden Sie[1] an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
   ☐ ja ☐ nein
8. Ist bei Ihnen[1] eine Allergie bekannt?
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche _____
9. Traten bei Ihnen[1] nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?
   ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, welche _____
10. Sind Sie schwanger[1]? (Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)
    Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?
    ☐ ja SSW _____ ☐ nein

1 Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

mRNA

Stand: 28. Oktober 2024

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoffen –

Comirnaty® Varianten-adaptiert (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis) von BioNTech/Pfizer
sowie Spikevax® Varianten-adaptiert (25 µg oder 50 µg/Dosis) von Moderna

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt bzw. der Apothekerin / dem Apotheker.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch bzw. das Aufklärungsgespräch mit der Apothekerin / dem Apotheker.

◯ Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.

◯ Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

_____ _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes bzw. der Apothekerin / des Apothekers

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:
Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

_____

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

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

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 Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.
Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 024 (Stand 28. Oktober 2024)

ROBERT KOCH INSTITUT