



SCHUTZIMPfung GEGEN COVID-19

Name Patient/in:

Fragebogen und Einwilligung zur Impfung:

- Ich bin fieberfrei (Körpertemperatur < 38,5°C / ggfs. Messung : _____ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 6 Monate NICHT an Covid-19 erkrankt.
- Ich hatte bisher KEINE lebensbedrohliche Allergie
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen NICHT geimpft.
- Ich wurde ausreichend über die Covid-19-Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.
- Zusätzlich für Frauen: Ich bin NICHT schwanger. Ich stille NICHT.
- Ich bin darüber informiert, dass es nach der Impfung für 1-3 Tage zu Fieber, Durchfall, Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellung an der Einstichstelle kommen kann. Bei darüber hinausgehenden Nebenwirkungen sowie länger als 4 Tage anhaltenden starken Kopf-, Bauchschmerzen, punktförmigen Blutungen oder Schmerzen im Brustbereich (seltenes Risiko einer Herzentzündung) werde ich mich an einen Arzt wenden.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling / BetreuerIn /
(Vor-) Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Ärztin/Arzt