

Einverständniserklärung zur COVID-19 Impfung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Heutige Impfung:

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? ja ☐ nein ☐

2. Haben Sie bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____

3. Falls Sie bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie danach eine allergische Reaktion entwickelt? ja ☐ nein ☐

4. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? (Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung frühestens 6 Monate nach Genesung bzw. Diagnosestellung durchzuführen.) ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wann? _____

5. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

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

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. Neomycin, Hühnereiweiß)? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

9. Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? _____

10. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie? ja ☐ nein ☐

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

Hiermit bestätige ich, dass ich keine weiteren Fragen habe und über mögliche Komplikationen und Auffrischungen der zu verhütenden Krankheit und die Durchführung der Impfung aufgeklärt wurde. Ich willige in die Gabe der empfohlenen Impfung ein.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient



Dipl.-Med. Kerstin Besmil
Praktische Ärztin

Dipl.- Med. Kerstin Besmil

Am Wandrahm 43
28195 Bremen

Tel.: 0421.33100070
Fax.: 0421.16 95 259