

Ihr Termin für die Zweitimpfung: _____

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

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

Ja Nein

2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? Ja Nein

3. Haben Sie nach Ihrer ersten COVID-19 Impfung eine allergische Reaktion entwickelt?

Ja Nein

4. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja Nein

5. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie? Ja Nein

6. Hat sich an Ihrem Gesundheitszustand seit der letzten Impfung etwas geändert?

Ja und zwar: _____ Nein

Einwilligung zur Impfung:

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch

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

Ich lehne die Impfung ab

Ort, Datum: _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

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)

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

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Bitte diesen Zettel; Impfausweis/Impfbescheinigung und Lichtbildausweis mitbringen