

## ANAMNESE

| Zur SCHUTZIMPfung gegen COVID-19  
(Corona Virus Disease 2019)

| mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und  
COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? **Falls ja, müssen Sie 15 Minuten nach der Impfung in oder in der Nähe der Praxis bleiben.**

ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

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

ja  nein

3. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja  nein

4. Haben Sie bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?

ja  nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit)

5. Sind Sie in den letzten 14 Tagen mit einem anderen Impfstoff (nicht Corona-Impfstoff) geimpft worden?

ja  nein

6. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja  nein



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

| Zur SCHUTZIMPfung gegen COVID-19  
(Corona Virus Disease 2019)

| mit **mRNA-Impfstoff**

(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und  
COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel. Nr. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Gesetzlichen Vertretungsperson (falls vorhanden):

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

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

- Ich habe keine weiteren Fragen.  
 Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.

Nicht zutreffendes streichen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)