



ANAMNESE

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

| mit **Vektor-Impfstoff**

(Vaxzevria®, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca und COVID-19 Janssen® von Johnson & Johnson)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

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. Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft?

ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum: _____ Impfstoff: _____

Datum: _____ Impfstoff: _____

4. Falls Sie bereits eine COVID-19 Impfung erhalten haben: Haben Sie danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja nein Wenn ja, welche: _____

Haben Sie danach ein Blutgerinnsel (Thrombose) entwickelt?

ja nein

5. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

ja nein Wenn ja, wann: _____

6. 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: _____

7. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung, nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein oder haben Sie früher an einer Immunthrombozytopenie (Verringerung der Blutplättchenzahl) gelitten?

ja nein

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

ja nein Wenn ja, welche: _____

9. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja SSW _____ nein



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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

| mit **Vektor-Impfstoff**

(Vaxzevria®, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca und COVID-19 Janssen® von Johnson & Johnson)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____ Tel. Nr. _____

Anschrift _____

Gesetzliche 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)