ANAMNESE

Schutzimpfung gegen **COVID-19** (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff

Stand: 02. Februar 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. **Besteht bei Ihnen[1] derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?**
   ☐ ja ☐ nein
2. **Falls Sie[1] bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie[1] danach eine allergische Reaktion entwickelt?**
   ☐ ja ☐ nein
3. **Leiden Sie[1] unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?**
   (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)
   ☐ ja ☐ nein

   wenn ja, welche _____

   _____
4. **Leiden Sie[1] an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?**
   ☐ ja ☐ nein
5. **Ist bei Ihnen[1] eine Allergie bekannt?**
   ☐ ja ☐ nein

   wenn ja, welche _____
6. **Traten bei Ihnen[1] nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?**
   ☐ ja ☐ nein

   wenn ja, welche _____
7. **Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie[1]?**
   ☐ ja ☐ nein
8. **Sind Sie[1] in den letzten 14 Tagen geimpft worden?**
   ☐ ja ☐ nein
9. **Haben Sie[1] 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.)

[1] Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff

Stand: 02. Februar 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson.
Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretungsperson angeben:

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.
- ☐ Ich lehne die Impfung ab.
- ☐ Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

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

_____
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e. V., Marburg in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e. V., Marburg
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 003 (Stand 02. Februar 2021)

ROBERT KOCH INSTITUT