



Fragebogen zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
mit mRNA-Impfstoff (**XBB.1.5. von Biontech®**) Stand: 01 September 2023

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

ja

nein

2. Haben Sie bereits eine Impfungen gegen COVID-19 erhalten?

ja

nein

Anzahl der bisherigen Impfungen?

1

2

3

4

Die letzte Impfung war wann und mit welchem Impfstoff?

Datum: _____

Impfstoff: _____

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

3. Falls Sie bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben:

Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

nein

4. Wurde bei Ihnen¹ 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. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

ja

nein

Wenn ja, welche

Bitte wenden!

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 zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja

nein

10. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

Einwilligung:

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 Auffrischungs-Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff XBB.1.5. von Biontech® ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Zur Ausstellung des internationalen Impfzertifikates benötigen wir Ihre E-Mailadresse. Bitte deutlich schreiben:

Wahlstedt, «DTM3» _____

Unterschrift der zu impfenden Person «VORNAME» «NACHNAME»,

ggf. Name d. gesetzl. Betreuers: _____

Unterschrift des Betreuers / der Betreuerin: _____

Ärztliche Aufklärung erfolgt durch:

A.Armbrust / A. Eberhart / K. Youssef / M.Lopau / M.Neu / K.Konstantin C.Diestel