

Name: _____ Vorname: _____

Geb-Datum: _____ Strasse: _____ Nr: _____

Mobil-Nr: _____



MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
IN WAHLSTEDT

Fragebogen zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
mit mRNA-Impfstoff (**Comirnaty®** von **BioNTech/Pfizer** / **Spikevax** von **Moderna**)
Stand: 01.11.2021

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

2. 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.)

3. Falls Sie bereits die erste 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

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

Bitte wenden!!!

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 des RKI 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 **Comirnaty®** von **BioNTech/Pfizer** ein.

mit mRNA Impfstoff **Spikevax®** von **Moderna** 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:

Anmerkungen:

Wahlstedt, _____

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

ggf. Name d. gesetzl. Betreuers: _____

Unterschrift des Betreuers / der Betreuerin: _____

Ärztliche Aufklärung erfolgt durch:

A.Armbrust

St.Armbrust

Gawlik

Eberhart

Arndt

Youssef