
Name, Vorname, Geburtsdatum

Einwilligung zur Impfung gegen Covid-19 (Grundimmunisierung)
mit dem Impfstoff von Biontech/Pfizer (Comirnaty®) oder Moderna (Spikevax®)

- Ich habe derzeit keine akute Erkrankung mit Fieber. (ggf. Messung: _____ °C)
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (z.B. Notarzt- oder Krankenhausbehandlung).
Falls doch, welche? _____
- Ich nehme keine blutverdünnenden Medikamente (außer ASS).
Falls doch, welche? _____
- Ich hatte bisher keine durch einen positiven PCR-Test nachgewiesene Covid-19-Erkrankung.
Falls doch, wann? _____
- Ich fühle mich ausreichend informiert, habe keine weiteren Fragen und willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Covid-19 ein.
- Für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin nicht schwanger. Falls doch, welche SSW? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das aktuelle Aufklärungsmerkblatt (vgl. <https://t1p.de/dm9k>) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlichen Datenverarbeitung zu.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling / Betreuer(in) /
(Vor-) Sorgebevollmächtigte(r)

Hinweise:

- Bitte bleiben Sie nach der Impfung noch 15 Minuten für die vom Robert-Koch-Institut empfohlene Nachbeobachtungszeit in der Praxis.
- Nach der ersten Impfung erhalten Sie am Abmeldetresen direkt Ihren zweiten Impftermin. Nach der zweiten Impfung können Sie sich dort Ihr digitales Impfzertifikat ausdrucken lassen.
- Die Impfung kann für 1-3 Tage eine Impfreaktion mit Müdigkeit, Kopfschmerzen, Durchfall, Schüttelfrost, Fieber sowie Schwellung und Schmerzen an der Einstichstelle auslösen. Bitte informieren Sie uns über darüber hinausgehende Nebenwirkungen. Außerhalb der Sprechzeiten erreichen Sie den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Nummer: 116 117.
- Wir empfehlen Ihnen, nach der Impfung für 2 Tage auf starke körperliche Belastungen und Leistungssport zu verzichten und eine eventuelle Impfreaktion konsequent auszukurieren.