
 Name, Vorname, Geburtsdatum

Einwilligung zur Auffrischimpfung gegen Covid-19
 mit dem angepassten Impfstoff von Biontech/Pfizer (Comirnaty®)

- Ich habe derzeit keine akute Erkrankung mit Fieber. (ggf. Messung: _____ °C)
- Ich war in den letzten 6 Monaten nicht an Covid erkrankt.
- Meine letzte Impfung gegen Covid-19 liegt 6 Monate oder länger zurück.
- Ich habe eine Grundimmunisierung gegen Covid-19 erhalten (z.B. 2x Biontech)
- Ich wurde bisher nicht öfter als 3 Mal gegen Covid-19 geimpft.
- 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 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)

Hinweis:

Wir empfehlen Ihnen, nach der Impfung für 2 Tage auf starke körperliche Belastungen und Leistungssport zu verzichten und eine eventuelle Impfreaktion konsequent auszukurieren. 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.