



Dokumentation der
SCHUTZIMPfung
GEGEN COVID-19
*(Vaccination against
 Corona-Virus-Disease-2019)*



Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

- Ich fühle mich nicht krank / bin fieberfrei (Temp. < 38,5 °C / ggf. Messung: _____ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 4 Wochen nicht an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (Notarzteinsatz, Krankenhaus, Infusionen).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen nicht geimpft.
- (Für Frauen im gebärfähigen Alter): Ich bin nicht in der 1. -12 SSW schwanger.
- Bei **Zweit-Impfung/Auffrischung**: Ich hatte **nach Erstimpfung nur übliche Nebenwirkungen** (siehe Anmerkungen unten links) und **keine anderen oder schwerwiegenden Symptome**.
 Falls doch: _____
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu. Ich hatte Gelegenheit, den aktuellen Aufklärungsbogen des RKI (<https://tinyurl.com/Aufklaerungen>) zur Kenntnis zu nehmen und habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ich lehne die Impfung ab.

 Ort, Datum

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

 Unterschrift Ärztin/Arzt

ggf. zum Ausschneiden und Einkleben in den Impfpass:

Anmerkungen:

Die Impfung kann für 1-3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen.

Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 11 6 11 7.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf 112.

* Hilfestellung! Juristisch nicht erforderlich, vgl. <https://tinyurl.com/jrwyx6a>

BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNGEN GEGEN SARS-COV-2 („CORONA-VIRUS“) Certificate of vaccination against SARS-CoV-2 (Covid-19)		
Name, Vorname <i>Last name, first name</i>		Geburtsdatum <i>Date of birth</i>
Datum <i>date</i>	Impfstoff/Hersteller/Charge <i>Vaccine/Company/batch no.</i>	Stempel/Unterschrift <i>Sign/Signature</i>
Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> <i>other:</i> _____	
	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> <i>other:</i> _____	
	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> <i>other:</i> _____	

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor einer gewünschten COVID-Impfung aus.



Name, Vorname, Geburtsdatum

Meine bisherigen COVID-Impfungen (nicht Zutreffendes bitte streichen):

- | | | | | | |
|----|--------------------|----------|---------|-----------------|-----------|
| 1. | AstraZeneca | BioNTech | Moderna | Johnson&Johnson | am: _____ |
| 2. | AstraZeneca | BioNTech | Moderna | Johnson&Johnson | am: _____ |
| 3. | AstraZeneca | BioNTech | Moderna | Johnson&Johnson | am: _____ |

Gründe für eine Auffrischungs-(Booster-) Impfung gegen COVID:

- Ich bin nur 1x mit Johnson&Johnson oder **AstraZeneca** geimpft und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 1 Monat her.
- Ich bin 2 x mit **AstraZeneca** geimpft und die letzte ist mindestens 3 Monate her.
- Ich nehme aktuell Immunsystem-unterdrückende Medikamente ein (Chemotherapie, MTX, Ciclosporin A, Prednisolon >5mg/Tag, usw.) und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 1 Monat her.
- Ich bin über 60 Jahre alt und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 6 Monate her.
- Ich arbeite in der Pflege / im medizinischen Bereich und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 6 Monate her.
- Ich habe häufig mit Immungeschwächten Kontakt und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 6 Monate her.
- Ich gehöre zwar zu keiner der oben genannten Gruppen, aber meine letzte COVID-Impfung ist mindestens 6 Monate her und ich möchte ggf. kurzfristig benachrichtigt werden, wenn noch Impfstoff übrig ist.
Meine Handy-/ Telefonnummer ist: _____
- Ich bin ggf. auch mit Verwendung von MODERNA-Impfstoff einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift