

Patientennummer: _____
(wird von der Praxis ausgefüllt)

Einwilligung zur Covid Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

- Ich fühle mich nicht krank / bin fieberfrei (Temp. < 38,5 °C).
- Ich war innerhalb der letzten 4 Wochen nicht an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (Notarzteinsatz, Krankenhaus, Infusionen)
- Bei Zweit-Impfung/Auffrischung: Ich hatte nach Erstimpfung nur übliche Nebenwirkungen und keine anderen oder schwerwiegenden Symptome.
- Falls doch, waren das die Symptome: _____

- (Für Frauen im gebärfähigen Alter): Ich bin nicht in der 1. -12 SSW schwanger.

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.

Wenn Sie bereits eine Covid-Impfung bekommen haben, welche waren das (zutreffenden Impfstoff einkreisen):

1. Impfung mit AstraZeneca BioNTech Moderna Johnson&Johnson

am ____ . ____ . ____

2. Impfung mit AstraZeneca BioNTech Moderna Johnson&Johnson

am ____ . ____ . ____

Wenn Sie bereits Genesen sind tragen Sie hier bitte das Datum der Genesung ein:

1. Infektion _____ 2. Infektion _____

Ort, Datum

Unterschrift