

Personendaten

Vorname _____ Nachname _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Kontakt Daten

E-Mail _____ Telefon _____
PLZ _____ Ort _____
Straße _____

Krankenversicherung

Art (GKV/PKV) _____ Krankenkasse _____
KV-Nummer _____

Impfhistorie

Erstimpfung _____
Datum _____
Zweitimpfung _____
Datum _____

Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zum Zwecke der Impfung erhobenen Daten von der impfenden Arztpraxis und vom Veranstalter von Neuried impft! gespeichert, und zum Zwecke der Abrechnung weiter verarbeitet werden dürfen.

Recht auf Auskunft, Löschung, Sperrung

Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema personenbezogene Daten können Sie sich jederzeit an die impfende Arztpraxis wenden sowie an den Veranstalter von Neuried impft! wenden. Kontaktdaten finden Sie auf neuriedimpft.slpn.de

Ort, Datum

Unterschrift

Neuried impft!

23.01.2022

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfung) mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Stand: 18. November 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja nein

2. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja nein

3. Wurden Sie¹ bereits gegen COVID-19 geimpft?

ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum _____ Impfstoff _____

Datum _____ Impfstoff _____

Datum _____ Impfstoff _____

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. Falls Sie¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja nein

Sind bei Ihnen¹ andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?

ja nein

Wenn ja, welche

5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

ja nein

Wenn ja, wann

(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)

6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja nein

Wenn ja, welche

7. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja nein

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche

9. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja nein

Wenn ja, welche

10. Sind Sie schwanger¹ (Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

ja nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?

¹ ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG mRNA

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

(Grundimmunisierung und Auffrischung) mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Stand: 18. November 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____ Geburtsdatum _____
Anschrift _____

Ich habe den Inhalt des [Aufklärungsmerkblatt](#) zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
 Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
 Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr _____ E-Mail _____