

Dokumentation weiterer Schutzimpfungen gegen COVID-19
- Ärztliche Anamnese und Abfrage Einwilligung -

Vom Patient/in auszufüllen!

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

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Hatten Sie Nebenwirkungen nach einer Covid-Impfung?

ja nein

wenn ja, welche: _____

bei ja: Aufklärung über gesteigertes Risiko der Nebenwirkung und etwaiger medizinischer
Folgemaßnahmen erfolgt.

2. Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit den Impfungen verändert?

ja nein

wenn ja, welche: _____

bei ja: Aufklärung über gesteigertes Risiko der Nebenwirkung und etwaiger medizinischer
Folgemaßnahmen erfolgt.

3. Befinden Sie sich zurzeit in einer Schwangerschaft?

ja nein

4. Ich möchte nach medizinischer Beratung ausdrücklich die 3. Impfung erhalten.

ja nein (Seite 2 beachten)

5. Datum der letzten Covid-Impfung _____

Datum: _____

Unterschrift (Patient/in): _____

Vom Arzt auszufüllen!

1. Bestehende oder neu begonnene Antikoagulation?

ja nein

wenn ja, welche: _____

2. Aktuelle Infektion, Fieber am Tag der heutigen Impfung oder stattgehabte COVID-19 Infektion (im Zeitraum nach der 1. Impfung)?

ja nein

wenn ja, welche: _____

3. Bemerkung:

Datum: _____

Vor- und Nachname (Arzt/Ärztin): _____

Unterschrift (Arzt/Ärztin): _____

Dokumentation der weiterer Schutzimpfungen gegen COVID-19

– Ärztliche Anamnese und Abfrage Einwilligung –

– Seite 2 –

Besonderheiten des Aufklärungsgespräches

Datum: _____

Vor- und Nachname (Arzt/Ärztin): _____

Unterschrift (Arzt/Ärztin): _____

Unterschrift (Patient/in): _____