



**Einverständniserklärung zur Schutzimpfung gegen  
Covid 19 mit mRNA Impfstoff  
Comirnaty von Biontec oder Spikevax von Moderna**

Name des Impflings \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Vor der Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten:

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

- Ja  
 Nein

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

- Ja  
 Nein

3. Wann wurden Sie gegen Covid 19 geimpft?

Datum Erstimpfung: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Datum Zweitimpfung: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Datum 1. Boosterimpfung: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

4. Haben Sie nach der letzten Covid Impfung eine allergische Reaktion entwickelt?

- Ja  
 Nein

5. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus sicher nachgewiesen?

- Ja  
    ○ Wann? \_\_\_\_\_  
 Nein



Bitte auch die Rückseite lesen und ausfüllen!!!!

# Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Großenkneten

Dr. med. Katharina Nagel-Osterndorff

Beate Raderschatt

Dr. med. Ursula Thoms

Dr. med. Juliane Remmert | Angestellte Ärztin



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

- Ja
- Nein

7. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

- Ja
  - Welche? \_\_\_\_\_
- Nein

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

- Ja
  - Welche? \_\_\_\_\_
- Nein

9. Sind sie schwanger?

- Ja
  - SSW? \_\_\_\_\_
- Nein

**Ich habe den Inhalt des ausliegenden Aufklärungsmerkblatts zur Kenntnis genommen, und ich bin auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend durch ein Gespräch mit der Impfärztin informieren zu lassen. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige in die vorgeschlagene Auffrischungsimpfung gegen Covid 19 mit Comirnaty ein.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Impflings