

Name, Vorname



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



geb. am

### Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

1. **Wir impfen Sie heute mit dem Impfstoff Comirnaty von Biontech.**
2. **Wir impfen Sie heute im dem Impfstoff Spikevax von Moderna.**

- Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 38,5 °C / ggf. Messung: °C) \_\_\_\_\_
- Ich war **bisher nicht** an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher **keine** lebensbedrohliche Allergie (z.B. mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).
- Die letzte Schutzimpfung gegen Covid 19 fand am \_\_\_\_\_ statt.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.  Ich lehne die Impfung ab.
- Zusätzlich, für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin **nicht** schwanger / **schwanger**: \_\_\_\_ **SSW** (=>  
**Ausschluss einer Impfung mit Moderna!**) Zutreffendes bitte markieren! \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen (vgl. <https://t1p.de/dm9k>) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Das Merkblatt: „Wichtige Informationen für unsere Patientinnen / Patienten nach Schutzimpfung gegen Covid 19 mit einem mRNA Impfstoff (von Biontech oder Moderna)“ habe ich erhalten.

Frankfurt, den

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt

## **Wichtige Informationen für unsere Patientinnen / Patienten nach Schutzimpfung gegen Covid 19 mit einem mRNA Impfstoff (von Biontech oder Moderna):**

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

Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen.

**In sehr seltenen Fällen kann bei jungen Männern (12-30 Jahre) eine Herzmuskelentzündung (Myokarditis) nach der Impfung auftreten. Deshalb dürfen diese für 5-7 Tage nach der Impfung keinen Sport treiben.**

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter **116 117**.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf **112**.