

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 innerhalb der letzten 6 Monate **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**.