

Anamnese & Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

- mit mRNA-Impfstoffen –

Comirnaty Omicron XBB.1.5[®] von BioNTech/Pfizer

Stand: 30.01.2024

Gesundheit mit Weitblick

Adler-Apotheke • Markt 8
06773 Gräfenhainichen

Tel.: 034953 22031 • Fax: 29060

www.apotheke-ghc.de



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

Wenn ja, gegen welchen Erreger wurde geimpft?

3. Wurden Sie¹ bereits gegen Covid-19 geimpft?

Ja Nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?:

Datum:

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

¹ ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

² bei Ja: Impfung beim Arzt

Anamnese & Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

- mit mRNA-Impfstoffen –

Comirnaty Omicron XBB.1.5[®] von BioNTech/Pfizer

Stand: 30.01.2024

Gesundheit mit Weitblick

Adler-Apotheke • Markt 8
06773 Gräfenhainichen

Tel.: 034953 22031 • Fax: 29060

www.apotheke-ghc.de



Wenn ja, welche:

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

Ja Nein

Wenn ja, wann:

6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)?²

Ja Nein

Wenn ja, welche:

7. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?²

Ja Nein

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?²

Ja Nein

Wenn ja, welche:

9. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?²

Ja Nein

Wenn ja, welche:

10. Sind Sie schwanger?^{1,2}

Ja Nein

¹ ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

² bei Ja: Impfung beim Arzt

Anamnese & Einwilligungserklärung

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

- mit mRNA-Impfstoffen –

Comirnaty Omicron XBB.1.5[®] von BioNTech/Pfizer

Stand: 30.01.2024

Gesundheit mit Weitblick

Adler-Apotheke • Markt 8
06773 Gräfenhainichen

Tel.: 034953 22031 • Fax: 29060

www.apotheke-ghc.de



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

Geburtsdatum:

Anschrift:

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem Impfarzt bzw. der Apothekerin/ dem Apotheker.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-I

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift des Apothekers

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

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:

1 ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

2 bei Ja: Impfung beim Arzt