

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/s Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsst.-Nr.	LANR	Datum

Dokumentation der
ERST-/ZWEIT-IMPfung
GENESENENIMPfung
BOOSTERIMPfung
GEGEN COVID-19
 mRNA-Impfstoff

Anamnese

- Ich bin fieberfrei und habe aktuell keine Infektzeichen
- Ich war innerhalb der letzten 4 Wochen nicht an Covid-19 („Corona“) erkrankt
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (Notarzteinsatz, Krankenhaus, Infusionen)
- Ich bin in den letzten 14 Tagen nicht geimpft worden
- Frauen im gebärfähigen Alter:** Ich bin **nicht vor der 13. Schwangerschaftswoche** schwanger
- Ich wurde bereits gegen Covid 19 geimpft
 - 1. Impfung: Datum: _____ Impfstoff: _____
 - 2. Impfung: Datum: _____ Impfstoff: _____
- Ich hatte nach bisherigen Impfungen nur übliche Nebenwirkungen wie Schmerzen an der Einstichstelle, Abgeschlagenheit und Krankheitsgefühl, Kopf- und Gliederschmerzen oder Fieber **und keine anderen oder schwerwiegenden Symptome.**
Falls doch: bitte beschreiben (ggf. auf Rückseite) _____
- Ich war bereits an Covid-19 („Corona“) erkrankt
 - Nachgewiesen durch: positiven PCR-Test Datum: _____
 - positiven Antikörper-Test Datum: _____

Einwilligung zur Impfung mit dem mRNA-Impfstoff von _____

Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. **Den aktuellen**

- Aufklärungsbogen des RKI** (<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html>) **Stand:** _____ **habe ich zur Kenntnis genommen** (er ist auf der RKI - Homepage verlinkt, wurde mir als Papier-Ausdruck vor der Impfung in der Praxis bereitgestellt – ein persönliches Gespräch mit der Ärztin ermöglicht) **und habe keine weiteren Fragen.**
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein Ich lehne die Impfung ab.

_____ _____ X
 Ort Datum Unterschrift der zu impfenden Person

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

(Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde)

_____ _____ X
 Ort Datum Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)