**Einverständnis zur Impfung gegen Covid-19**

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

Besteht zur Zeit ein fieberhafter Infekt? O ja O nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? O ja O nein

Besteht eine Allergie gegen Hühnereiweiß, Quecksilberverbindungen oder Formaldehyd? O ja O nein

Sind Sie Links- O oder Rechtshänder O ?

Besteht eine Schwangerschaft? O ja O nein

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus sicher nachgewiesen? O ja O nein

Wurden Sie bereits gegen Covid-19 geimpft? O ja O nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

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

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

**Information zur Impfung:**

Nach der Impfung können Reaktionen, auch an der Einstichstelle, auftreten.

Diese umfassen u.a.:

Schmerzen, Rötung, Schwellung, Muskelschmerzen, allgemeine Müdigkeit, Kopfschmerzen, Erkältungsanzeichen, Fieber

1-3 Tage nach der Impfung sollten körperliche Anstrengungen vermieden werden.

# O Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

O Ich bin ausreichend aufgeklärt und willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Covid-19 mit mRNA-Impfstoff ein.

Name, Vorname : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Charge: Unterschrift Arzt: