

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum



\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

### Einwilligung zur Impfung gegen Covid 19

**Ich komme heute zur:**

**O Erstimpfung**

**O Zweitimpfung**

**O Drittimpfung**

- Ich bin fieberfrei und habe aktuell keine Infektzeichen wie Muskel/Gliederschmerzen, Husten oder Durchfall
- Ich war innerhalb der letzten 4 Wochen nicht an COVID-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (Notarzteinsatz, Krankenhaus, Infusionen).
- Zur Aufklärung wurde mir das **aktuelle** (Stand 4. November 2021) Merkblatt des RKI (mRNA-Impfstoff) vorgelegt. Ich hatte ausreichend Zeit, dieses Merkblatt durchzulesen und bestätige ausdrücklich, dass ich die dem Merkblatt zu entnehmenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.
- Ich leide an keiner chronischen Erkrankung.
- Frauen: Ich bin nicht vor der 13. Schwangerschaftswoche schwanger.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein
- Ich verzichte auf ein ärztliches Aufklärungsgespräch.
- Ich lehnt die Impfung ab.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Anmerkungen:

Die Impfung kann für 1 – 3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auftreten. Sehr seltene Nebenwirkungen können sein: Nervenlähmungen, Nervenentzündungen, Thromboseentstehung, Herzmuskelentzündung oder Herzbeutelentzündung. Bitte informieren Sie uns bei stärkeren Nebenwirkungen nach der Impfung. Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117. Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf 112.