



Dokumentation* der
SCHUTZIMPfung
GEGEN COVID-19
*(Vaccination against
 Corona-Virus-Disease-2019)*



Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

- Ich fühle mich nicht krank / bin fieberfrei (Temp. < 38,5 °C / ggf. Messung: _____ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 4 Wochen nicht an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (Notarzteinsatz, Krankenhaus, Infusionen).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen nicht geimpft.
- (Für Frauen im gebärfähigen Alter): Ich bin nicht in der 1. -12 SSW schwanger.
- Bei **Zweit-Impfung/Auffrischung**: Ich hatte **nach Erstimpfung nur übliche Nebenwirkungen** (siehe Anmerkungen unten links) und **keine anderen oder schwerwiegenden Symptome**.
 Falls doch: _____
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu. Ich hatte Gelegenheit, den aktuellen Aufklärungsbogen des RKI (<https://tinyurl.com/Aufklaerungen>) zur Kenntnis zu nehmen und habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ich lehne die Impfung ab.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling / Betreuer/in /
 (Vor-) Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Ärztin/Arzt

ggf. zum Ausschneiden und Einkleben in den Impfpass:

Anmerkungen:

Die Impfung kann für 1-3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen.

Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen

Bereitschaftsdienst unter 11 6 11 7.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf 112.

* Hilfestellung! Juristisch nicht erforderlich, vgl. <https://tinyurl.com/jrwyx6a>

BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNGEN GEGEN SARS-COV-2 („CORONA-VIRUS“)		
Certificate of vaccination against SARS-CoV-2 (Covid-19)		
Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)	Name, Vorname <i>Last name, first name</i>	
	Geburtsdatum <i>Date of birth</i>	
	Datum <i>date</i>	Impfstoff/Hersteller/Charge <i>Vaccine/Company/batch no.</i>
	Stempel/Unterschrift <i>Sign/Signature</i>	
	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> <i>other: _____</i>	
	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> <i>other: _____</i>	
	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> <i>other: _____</i>	