



Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung, Fragen zur Gesundheit

Name, Vorname

Geburtsdatum
dd/mm/yyyy

Anschrift

Ich habe das **FI-Aufklärungsmerkblatt** zur Schutzimpfung gegen

COVID-19 mit mRNA-Impfstoff

sowie die **allgemeinen Hinweise zu Schutzimpfungen** gründlich durchgelesen und hatte die Gelegenheit, Unklarheiten in einem ärztlichen Gespräch zu klären und weiterführende Informationen zu erhalten.

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung **nicht einverstanden**.

Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung bin ich informiert.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Gesundheit:

1. Sind Sie akut erkrankt? (z. B. Infekt mit Fieber über 38,5° C)

☐ nein ☐ ja,

2. Haben Sie derzeit chronische Erkrankungen?

☐ nein ☐ ja,

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. für eine Immuntherapie oder zur Blutverdünnung)?

☐ nein ☐ ja,

4. Haben Sie Allergien (insbesondere gegen Hühnereiweiß oder Medikamente)?

☐ nein ☐ ja,

5. Wurden Sie in den vergangenen vier Wochen geimpft? (Wenn ja, mit welchem Impfstoff?)

☐ nein ☐ ja,

6. Trat nach einer Impfung schon einmal eine Schwäche oder Ohnmacht auf? ☐ nein ☐ ja

7. Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie? ☐ nein ☐ ja

Anmerkungen

Ort und Datum

Unterschrift des Impflings
bzw. des / der Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes / der Ärztin
bzw. des Apothekers / der Apothekerin

Bitte halten Sie zum Impftermin das Impfbuch bzw. den E-Impfpass bereit.