ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Vektor-Impfstoff

(Vaxzevria®, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)

Stand: 2. Juli 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Vektorimpfstoff-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. **Besteht bei Ihnen[1] derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?**
   ☐ ja ☐ nein
2. **Sind Sie[1] in den letzten 14 Tagen geimpft worden?**
   ☐ ja ☐ nein
3. **Haben Sie[1] bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?**
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____
   (Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)
4. **Falls Sie[1] bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben:**
   Haben Sie[1] danach eine allergische Reaktion entwickelt?
   ☐ ja ☐ nein
   Haben Sie[1] danach ein Blutgerinnsel (Thrombose) entwickelt?
   ☐ ja ☐ nein
5. **Wurde bei Ihnen[1] in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?** *(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 6 Monate nach Genesung bzw. Diagnosestellung durchzuführen.)*
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, wann _____
6. **Haben Sie[1] chronische Erkrankungen oder leiden Sie[1] an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?**
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche _____
7. **Leiden Sie[1] an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?**
   ☐ ja ☐ nein
8. **Ist bei Ihnen[1] eine Allergie bekannt?**
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche _____
9. **Traten bei Ihnen[1] nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?**
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche _____
10. **Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie[1]?**
    ☐ ja ☐ nein

1 ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit Vektor-Impfstoff

(Vaxzevria®, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)

Stand: 02. Juli 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

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

☐ Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoff ein.

☐ Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

_____ Unterschrift der zu impfenden Person

_____ Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

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

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e. V., Marburg, in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e. V., Marburg
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 003 (Stand 2. Juli 2021)

ROBERT KOCH INSTITUT