

## **COVID-19: IMPFUNG**

## EINWILLIGUNG ZUR DATENSCHUTZERKLÄRUNG

•••••					
kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir is	en, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufer st bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).				
mich Mitarbeiter d	les MVZ Kreuzberg telefonisch kontaktieren dürfen.				
dieses Dokument in	n meiner Patientenakte gespeichert wird.				
Informationen, ein	mir das MVZ Kreuzberg per Brief, SMS oder auch per E-Mail unverschlüsselt Informationen, einschließlich Patienten- und Gesundheitsdaten auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin übermitteln darf.				
Ärzten des MVZ Kr	dlungsdaten, Laborergebnisse und Befunde bei behandelnden euzberg, zum Zweck der Dokumentation, Behandlung und zur angefordert werden können.				
Hiermit erkläre ich mich du ausdrücklich damit einverst	ırch mein jeweiliges Ankreuzen der nachstehend aufgeführten Erklärungen tanden, dass				
BUCHUNGSCODE:					
ICH PFLEGE EINE PERSON: JA NEIN					
BERUF/AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT:					
VERSICHERUNGSNR.:					
	GESETZLICH PRIVAT				
	GESCHLECHT: W M D				
STRASSE, PLZ:					
VOR- UND NACHNAME:					
VOR- LIND NACHNAME:					

## **ANAMNESE**

#### **mRNA**

### Schutzimpfung (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen) gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoffen

Comirnaty<sup>®</sup> (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis), Comirnaty Original/Omicron BA.1<sup>®</sup> und Comirnaty Original/Omicron BA.4-5<sup>®</sup> von BioNTech/Pfizer sowie Spikevax<sup>®</sup> 0,2 mg/ml bzw. 0,1 mg/ml Injektionsdispersion (25 µg, 50 µg bzw. 100 µg/Dosis), Spikevax bivalent Original/Omicron BA.1<sup>®</sup> und Spikevax bivalent Original/Omicron BA.4-5<sup>®</sup> von Moderna

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

Stand: 31. Mai 2023

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)					
Geburtsdatum					
Anschrift					
1. Besteht bei Ihnen <sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?					
	ja	nein			
2.	Sind Sie <sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?  ja	nein			
3.	Wurden Sie <sup>1</sup> bereits gegen COVID-19 geimpft?				
<b>J</b> .	ia	nein			
	Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?		_ Impfstoff:		
			_ Impfstoff:		
			Impfstoff:		
			_ Impfstoff:		
(Bi	tte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfr				
	Falls Sie <sup>1</sup> bereits eine COVID-19-Impfung erhalten h				
	ia ja	nein	<u> </u>		
	Sind bei Ihnen <sup>1</sup> andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?				
	ja	nein			
	Wenn ja, welche				
5.	. Wurde bei Ihnen <sup>1</sup> in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?				
	ja	nein			
	Wenn ja, wann				
	(Bitte bringen Sie den Nachweis der Diagnosestellung zum Impftermin mit.)				
6.	6. Haben Sie <sup>1</sup> chronische Erkrankungen oder leiden Sie <sup>1</sup> an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie,				
	immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?				
	∐ ja i	nein			
	Wenn ja, welche				
7.	Leiden Sie <sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder r  ja		ende Medikamente ein?		
0	ja Ist bei Ihnen <sup>1</sup> eine Allergie bekannt?				
٥.	ja	nein			
	Wenn ja, welche	ПСШ			
_	Traten bei Ihnen <sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Im	onfung allorgische Ersch	ninungan, hahas Fiahar		
9.	Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Re		eniungen, nones riebei,		
	☐ ja	nein			
	Wenn ja, welche				
10. Sind Sie schwanger¹? (Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)			2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)		
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?					
	ja SSW	nein			

# EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

## **mRNA**

Stand: 31. Mai 2023

Name der zu impfenden Bersen (Name Vername)

#### Schutzimpfung (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen) gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoffen

Comirnaty<sup>®</sup> (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis), Comirnaty Original/Omicron BA.1<sup>®</sup> und Comirnaty Original/Omicron BA.4-5<sup>®</sup> von BioNTech/Pfizer sowie Spikevax<sup>®</sup> 0,2 mg/ml bzw. 0,1 mg/ml lnjektionsdispersion (25 µg, 50 µg bzw. 100 µg/Dosis), Spikevax bivalent Original/Omicron BA.1<sup>®</sup> und Spikevax bivalent Original/Omicron BA.4-5<sup>®</sup> von Moderna

Name der zu implenden Ferson (Name, Vorhame)					
Geburtsdatum					
Anschrift					
Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur führlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem	Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem aus- Impfarzt bzw. der Apothekerin/ dem Apotheker.				
Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch bzw. das Aufklärungsgespräch mit der Apothekerin/dem Apotheker.					
Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.					
Ich lehne die Impfung ab.					
Anmerkungen					
Ort, Datum					
Unterschrift der zu impfenden Person	Unterschrift der Ärztin/des Arztes bzw. der Apothekerin/des Apothekers				
Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfende Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ic Einwilligung ermächtigt wurde.	en Person: :h von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die				
Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuer	in / Betreuer)				
Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberec	g ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung htigte oder Betreuerin/Betreuer) angeben:				
Name, Vorname					
Telefonnr	E-Mail				

