



**Anamnese / Einwilligung COVID-19 Impfung**

**Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):**

---

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

---

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

JA  NEIN

2. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?  
(z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)

JA  NEIN

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

JA  NEIN

4. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt (z.B. gegen Polyethylenglykol)?

JA  NEIN

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

5. Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

JA  NEIN

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

6. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

- JA  NEIN

7. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

- JA  NEIN

8. Falls Sie bereits die 1. COVID-19 Impfung erhalten haben Angaben zu den Nebenwirkungen:

- keine Nebenwirkungen

Lokale Nebenwirkungen:

- Juckreiz an der Injektionsstelle  
 Rötung an der Injektionsstelle  
 Schmerzen an der Injektionsstelle  
 Lymphknotenschwellung  
 Lymphknotenschwellung

Systemische Nebenwirkungen:

- Müdigkeit/Erschöpfung  
 Kopfschmerzen  
 Muskelschmerzen  
 Gelenkschmerzen  
 Schüttelfrost  
 Fieber  
 Übelkeit  
 Schmerzen in den Extremitäten  
 Allergische Reaktionen - bitte unter  
sonnigen Nebenwirkungen  
näher beschreiben

- Sonstige Nebenwirkungen:

---

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem Gespräch mit meiner aufklärenden Ärztin / meinem aufklärenden Arzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen.  
 Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein.  
 Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen:

---

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der zu impfenden Person

---

Unterschrift der aufklärenden Impfärztin/  
des aufklärenden Impfarztes