

# ANAMNESE

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

Stand: 11. Januar 2021

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. Falls Sie<sup>1</sup> bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

nein

3. Leiden Sie<sup>1</sup> unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja

nein

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

\_\_\_\_\_

4. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

5. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

ja

nein

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

6. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

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

7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?

ja

nein

8. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

<sup>1</sup> Ggf. wird dies von den gesetzlichen VertreterInnen beantwortet

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

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

Stand: 11. Januar 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertreterin / den gesetzlichen Vertreter.  
Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters angeben:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

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.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
- Mir ist bewusst, dass nach einem angemessenen Zeitraum eine zweite Impfung stattzufinden hat. Ich willige somit in beide Impfungen ein. Eine etwaige Änderung meines Gesundheitszustandes nach der ersten Impfung werde ich unaufgefordert mitteilen.

Vermerke \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit  
der zu impfenden Person:  
Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

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 002 (Stand 11. Januar 2021)



ROBERT KOCH INSTITUT

