

Zwischenanamnese und Einwilligungserklärung zu einer **Folgeimpfung / Boosterimpfung** gegen COVID-19

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| 1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? | JA | NEIN |
| 2. Haben Sie nach einer früheren COVID-19-Impfung eine allergische Reaktion entwickelt? | JA | NEIN |
| 3. Gab es andere Nebenwirkungen nach einer früheren COVID-19-Impfung? | JA | NEIN |

wenn JA, welche? _____

-
- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| 4. Wurde bei Ihnen seit der letzten COVID-19-Impfung eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? | JA | NEIN |
| 5. Sind seit der letzten COVID-19-Impfung NEU aufgetreten: Chronische Erkrankungen, Immunschwäche, neue Allergien, Blutgerinnungsstörung oder Einnahme blutverdünnender Medikamente? | JA | NEIN |
| 6. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? | JA | NEIN |
| 7. Bei Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? | JA | NEIN |

=====

Ich habe den Inhalt des aktuellen RKI-Aufklärungsmerkblattes zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoffen zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

Ich weiß, dass sich an die Impfung eine 15-minütige Überwachungszeit in der Praxis anschließt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
- Ich willige in die Folgeimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein (aktuell: Impfstoff Comirnaty®, Omikron BA.4/BA.5 adaptiert).**
- Ich lehne die Folgeimpfung ab.

Anmerkungen: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person /
bei Minderjährigen: Sorgeberechtigte(r)

Unterschrift der Ärztin / des Arztes