

Einverständniserklärung

zur Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Covid-19-Virus

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

Impfindikation

- Alter Beruf Medizinisch Betreuer Sonstige

Vorgeschlagener Impfstoff

- mRNA-Impfstoff Biontech

Chargennummer oder Aufkleber

- Vektor-Impfstoff Astra Zeneca

Chargennummer oder Aufkleber

- Sonstiger Impfstoff

Name · Chargennummer oder Aufkleber

Praxisstempel

Ich habe den Inhalt der Aufklärungsblätter und der Fragebögen zu Vorerkrankungen und Allergien zur Kenntnis genommen und vollständig ausgefüllt. Ich hatte die Möglichkeit zu einem Aufklärungsgespräch und Fragen zu stellen.

- Ich habe keine weiteren Fragen
 Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein

Ich habe nach der Impfung Anspruch auf eine ca. 15-minütige Nachbeobachtungszeit (bei allergischer Grundbereitschaft auch länger). Eine Verkürzung der Nachbeobachtungszeit liegt in meiner eigenen Verantwortung.

Witten, den _____

X _____

Unterschrift der zu impfenden Person (bzw. gesetzl. Vertreter)

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Von der Impfstelle auszufüllen:

- Allergische Grundbereitschaft Blutverdünner wie Marcumar®
 Linker Arm (Deltamuskel) Rechter Arm (Deltamuskel) _____
Uhrzeit

Impfung durchgeführt:

Datum

Unterschrift impfende MFA/Arzt