

**Dokumentation weiterer Schutzimpfungen gegen COVID-19**  
**- Ärztliche Anamnese und Abfrage Einwilligung -**

**Vom Patient/in auszufüllen!**

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

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

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**1. Hatten Sie Nebenwirkungen nach einer Covid-Impfung?**

ja  nein

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

bei ja: Aufklärung über gesteigertes Risiko der Nebenwirkung und etwaiger medizinischer  
Folgemaßnahmen erfolgt.

**2. Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit den Impfungen verändert?**

ja  nein

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

bei ja: Aufklärung über gesteigertes Risiko der Nebenwirkung und etwaiger medizinischer  
Folgemaßnahmen erfolgt.

**3. Befinden Sie sich zurzeit in einer Schwangerschaft?**

ja  nein

**4. Ich möchte nach medizinischer Beratung ausdrücklich die 3. Impfung erhalten.**

ja  nein (Seite 2 beachten)

**5. Datum der letzten Covid-Impfung** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift (Patient/in):** \_\_\_\_\_

**Vom Arzt auszufüllen!**

**1. Bestehende oder neu begonnene Antikoagulation?**

ja  nein

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

**2. Aktuelle Infektion, Fieber am Tag der heutigen Impfung oder stattgehabte COVID-19 Infektion (im Zeitraum nach der 1. Impfung)?**

ja  nein

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

**3. Bemerkung:**

\_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Vor- und Nachname (Arzt/Ärztin):** \_\_\_\_\_

**Unterschrift (Arzt/Ärztin):** \_\_\_\_\_

**Dokumentation der weiterer Schutzimpfungen gegen COVID-19**

**– Ärztliche Anamnese und Abfrage Einwilligung –**

**– Seite 2 –**

**Besonderheiten des Aufklärungsgespräches**

---

---

---

---

---

---

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Vor- und Nachname (Arzt/Ärztin):** \_\_\_\_\_

**Unterschrift (Arzt/Ärztin):** \_\_\_\_\_

**Unterschrift (Patient/in):** \_\_\_\_\_