

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/s Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsst.-Nr.	LANR	Datum



**Dokumentation der SCHUTZIMPFUNG
GEGEN COVID-19**
(Vaccination against Corona-Virus-Disease-2019)

Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

- Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 38,5 °C / ggf. Messung: _____ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 6 Monate **nicht** an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher **keine** lebensbedrohliche Allergie (mit Notarzteinsatz/Krankenhausbehandlung).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen **nicht** geimpft .
- Ich leide **nicht** an Immunschwäche und erhalte auch **keine** Chemotherapie.
- Ich nehme **keinen** Blutverdünner ein - außer ggf. ASS - und leide unter **keiner** Gerinnungsstörung.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt und habe keine Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ich lehne die Impfung ab.
- Zusätzlich, für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin **nicht** schwanger. Ich stille **nicht**.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen (vgl. <https://t1p.de/dm9k>) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling / Betreuer/in /
(Vor-) Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Ärztin/Arzt

Anmerkungen:

Die Impfung kann für 1-3 Tage Fieber, Unwohlsein, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Juckreiz, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle und Lymphknotenschwellung auslösen.

Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter **11 6 11 7**.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf **112**.

ggf. zum Ausschneiden und Einkleben in den Impfpass:

Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)	BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNGEN GEGEN SARS-COV-2 („CORONA-VIRUS“)		
	<i>Certificate of vaccination against SARS-CoV-2 (Covid-19)</i>		
	Name, Vorname <i>Last name, first name</i>		Geburtsdatum <i>Date of birth</i>
	Datum <i>date</i>	Impfstoff/Hersteller/Charge <i>Vaccine/Company/batch no.</i>	Stempel/Unterschrift <i>Sign/Signature</i>
	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> <i>other:</i> _____		
Ggf. nächster Impftermin (Datum): <i>Next vaccination appointment (date):</i> _____			
	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> <i>other:</i> _____		
<input type="checkbox"/> Grundimmunisierung vollständig. <i>Basic immunization complete.</i>			