

Einwilligung zur Impfung gegen COVID-19

(Stand 28.09.2021)

© Dr. S. Wolf, guetzenrather-aerzte.de

Ich, _____, _____,
[Name] [Geburtsdatum]

werde eine Impfung gegen COVID-19 erhalten **UND** ...

①

... hatte ausreichend Gelegenheit, den offiziellen **Aufklärungsbogen** zu lesen, mich im **Vorfeld ärztlich beraten** zu lassen und **habe keine weiteren Fragen** zu Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken dieser Impfung

JA

NEIN

Der Aufklärungsbogen ist im Internet (www.rki.de) als PDF am Bildschirm lesbar und ausdrückbar (**Ausdruck für diese Einwilligung NICHT notwendig**).

BioNTech: Direkter Abkürzungs-LINK für die Browser-Adresszeile:

kurzelinks.de/mrna **[Klick!]**
bzw. folgender QR-Code



Kreuze hier sind für eine Impfung **absolut erforderlich** !!!!!!!!!

②

... kenne die dringende **ärztliche Empfehlung**, wegen einer möglichen Unverträglichkeits-Sofortreaktion nach der Impfung mindestens **15 Minuten** vor Ort in **Beobachtung zu bleiben**; allein auf mein eigenes Risiko (mögliche äußerst seltene lebensbedrohliche Kreislauf-Schockreaktion) verlasse ich die Praxis vorher.

JA

NEIN

③

... habe **BISHER NIEMALS** einen **allergischen Schock** / eine **anaphylaktische Reaktion** erlitten. **Das bedeutet:** nach Anwendung von Impfstoff/Arzneimittel/chem. Substanz oder Nahrungsmittelverzehr oder Insektenstich
..... **NOCH NIE** Ganzkörper-Hautausschlag und/oder Zuschwellen der Luftwege mit Atemnot und/oder Ohnmacht und/oder lebensbedrohlicher Blutdruckabfall

JA, noch NIE !!

NEIN, hatte ich mal

[Datum]

[1. Unterschrift eigenhändig bzw.
2. unter 16 J. beide Erziehungsberechtigten bzw.
3. Betreuer/-in | Vollmacht/Betreuungsbestellung liegt bei]