

## ANAMNESE

U/Ü60

| Zur **SCHUTZIMPfung** gegen COVID-19  
(Corona Virus Disease 2019)

| mit **Vektor-Impfstoff**

(Vaxzevria®, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? **Falls ja, müssen Sie 15 Minuten nach der Impfung in oder in der Nähe der Praxis bleiben.**

ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

2. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja  nein

3. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja  nein

4. Haben Sie bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?

ja  nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit)

5. Sind Sie in den letzten 14 Tagen mit einem anderen Impfstoff (nicht Corona-Impfstoff) geimpft worden?

ja  nein

6. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja  nein

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

| Zur **SCHUTZIMPfung** gegen COVID-19  
(Corona Virus Disease 2019)

| mit **Vektor-Impfstoff**

(Vaxzevria®, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Gesetzlichen Vertretungsperson (falls vorhanden):

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoff ein.

Nicht zutreffendes streichen.

Personen unter 60 Jahren erklären sich hiermit einverstanden, entgegen der Empfehlung der ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts, die eine Impfung mit AstraZeneca nur für Menschen über 60 Jahre empfiehlt, sich mit AstraZeneca impfen zu lassen. Ich verzichte auf eine weiterführende Aufklärung. Der Freistaat Bayern haftet für eventuell eintretende Impfschäden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ **X** Unterschrift \_\_\_\_\_

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)