

Einwilligung zur Impfung gegen COVID-19

Impfstoff: **Vaxzevria (Astra Zeneca)** **Comirnaty (Pfizer Biontech)**

Patientenname : _____ **Geb.:** _____

- 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 (z.B. mit Notarzteinsatz oder Krankenhaus)
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen nicht geimpft.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt.
- zusätzlich für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin nicht schwanger. Ich stille nicht.
- Ich habe keine weiteren Fragen.** **Ich willige in die Impfung ein.**
- Ich lehne die Impfung ab**



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den Aufklärungsbogen vom RKI (QR Code) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling / Betreuer/in

Unterschrift Ärztin/Arzt