

# ANAMNESE

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff

Stand: 11. Januar 2021

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Falls Sie<sup>1</sup> bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

nein

3. Leiden Sie<sup>1</sup> unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja

nein

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

\_\_\_\_\_

4. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

5. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

ja

nein

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

6. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

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

7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?

ja

nein

8. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

<sup>1</sup> Ggf. wird dies von den gesetzlichen VertreterInnen beantwortet

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff

Stand: 11. Januar 2021

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertreterin / den gesetzlichen Vertreter.  
Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters angeben:

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 mRNA-Impfstoff ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Vermerke \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit  
der zu impfenden Person:  
Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e.V., Marburg in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg  
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin  
Ausgabe 001 Version 002 (Stand 11. Januar 2021)



ROBERT KOCH INSTITUT

