

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Impfung:** 1te Impfung  2te Impfung  Auffrischimpfung

**Einwilligung zur Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® von BioNTech/Pfizer oder SPIKEVAX von Moderna:**

- Ich fühle mich nicht krank / bin fieberfrei (Temp. < 38,5 °C / ggf. Messung: °C)
- Ich war innerhalb der letzten 4 Wochen nicht an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (z.B. mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen nicht geimpft.
- (Für Frauen im gebärfähigen Alter): Ich bin nicht in der 1. -12 SSW schwanger.
- Bei **Zweit-Impfung/Auffrischung**: Ich hatte **nach Erstimpfung nur übliche Nebenwirkungen** (siehe Anmerkungen unten) und **keine anderen oder schwerwiegenden Symptome**.  
Falls doch:
  - Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt.
  - Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der Impfung zu.

---

Ort, Datum

Unterschrift Impfling

Unterschrift Arzt

**Anmerkungen:**

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