

# ANAMNESE EINWILLIGUNG

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

### Anamnese

- Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  
 ja  nein
- Leiden Sie<sup>1</sup> unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?  
(z.B. durch eine Chemotherapie oder andere Medikamente)  
 ja  nein  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  
 ja  nein
- Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?  
 ja  nein  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?  
 ja  nein  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Bei Frauen im gebärfähigen Alter:  
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?  
 ja  nein
- 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

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.

### Einwilligung

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

- 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.

Anmerkungen:

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

Unterschrift der zu impfenden Person,  
bzw. der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte  
oder Betreuerin)

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Herausgeber: Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg  
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin  
Ausgabe 001 Version 001 (Stand 09. Dezember 2020)

