

Einwilligungserklärung Aufklärungsmerkblatt

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

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

- Ich bin fieberfrei.
- Ich war innerhalb der letzten 6 Monate nicht an Covid-19 (Corona) erkrankt.
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohlichen Allergien (z.B. mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).
- Ich bin ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige der vorgeschlagenen Impfung ein.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Aufklärung:

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 darüberhinausgehenden Nebenwirkungen.

Grundsätzlich können – wie bei allen Impfstoffen – in sehr seltenen Fällen eine allergische Sofortreaktion bis hin zum Schock oder andere auch bisher unbekannte Komplikationen nicht ausgeschlossen werden.

Seit Einführung der Impfung wurden nach der Gabe von mRNA-Impfstoffen selten Fälle von Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen beobachtet. Die meisten dieser Fälle verlaufen mild bis moderat.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf 112.

Ort, Datum

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

Unterschrift Ärztin