

Covidimpfung:

mRNA Moderna

mRNA BioNTech

Andere

Einverständniserklärung

Patient*in

Name

Vorname

Geburtsdatum.....

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Krankenkasse

Dürfen wir Sie bei anstehenden Terminen kontaktieren (Recall)?

Ja Nein

Sind Sie Raucher?

Ja Nein

Größe

Gewicht

Haben Sie Vorerkrankungen oder Operationen?

.....

Nehmen Sie Medikamente?

.....

Haben Sie Allergien?

.....

Hatten Sie eine schwere allergische Reaktion gegen Medikamente oder aus unklarer Ursache?

.....

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige der vorgeschlagenen Impfung ein, bin über 5 Jahre und nicht schwanger.

Ich habe den Aufklärungsbogen über mRNA- / Vektor- Impfstoff durchgelesen.

Ich bin Patient*in der Praxis Drewermann.

Dies ist meine Folgeimpfung. Ich hatte nach der ersten/zweiten keine schweren Reaktionen.

Ich habe nach der Impfung Anspruch auf eine ca. 15 -minütige Nachbeobachtungszeit (bei allergischer Grundbereitschaft auch länger). Eine Verkürzung der Nachbeobachtungszeit liegt in meiner eigenen Verantwortung.

Bochum, den.....

Unterschrift Patient*in.....

Unterschrift Eltern

.....