

**– Impfdokumentation für Praxis-Patienten –  
SARS-Covid 19**



Name, Vorname, Geburtsdatum

---

**Aufklärungsmerkblatt RKI zur Covid-19-Impfung**

- Ja, ich habe das Aufklärungsmerkblatt „Impfung mit mRNA-Impfstoff“ erhalten und gelesen.
- Ja, ich habe das Aufklärungsmerkblatt „Impfung mit Vektorimpfstoff“ erhalten und gelesen.

**Einwilligung**

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Arztgespräch.

- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID 19 ein.
- Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch
- Ich lehne die Impfung ab.

Unterschrift **Patient:** \_\_\_\_\_ Unterschrift **Arzt:** \_\_\_\_\_

**Nachbeobachtung**

Um schnell auf seltene und schwere Komplikationen reagieren zu können, wird eine Nachbeobachtungszeit von mindestens 15 Minuten empfohlen.

Impfen in der Praxis:

Wenn in dieser Wartezeit die Praxisräume sehr voll sein sollten, so halten Sie sich bitte möglichst in Begleitung in unmittelbarer Nähe der Praxis auf.

Unterschrift **Patient:** \_\_\_\_\_

Impfen im Hausbesuch:

Nachbeobachtungszeit übernimmt Herr/Frau: \_\_\_\_\_, im Fall von Komplikationen ist unverzüglich der Arzt unter: \_\_\_\_\_ anzurufen oder bei Bedarf die 112.

Unterschrift **Nachbeobachter:** \_\_\_\_\_

**NUR vom Praxispersonal auszufüllen!**

- Nein  Ja    Ärztliche Kontraindikation nach Aktenlage
- Nein  Ja    nimmt Blutverdünner oder hat Blutungsneigung
- Nein  Ja    Temperatur > 37,5°C oder Pat. sieht krank aus.
- Nein  Ja    jemals anaphylaktische Reaktionen auf eine Impfung oder starke Reaktionen
- Nein  Ja    Schwangerschaft
- Nein  Ja    Impfung gegen Covid 19 oder Sars-CoV2-Infektion vor weniger als 6 Monaten

Unterschrift/Kürzel **Arzt/ MFA** \_\_\_\_\_

Erstellt: Kaczmarek	Geprüft: Kaczmarek/ Haase	Freigegeben: Haase
Datum: 31.03.2021	Datum: 01.04.2021	Seite 1 von 1