

Einwilligungserklärung der SCHUTZIMPfung GEGEN COVID 19

Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz (bitte ankreuzen):

- Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 38,5 °C / ggf. Messung)
- Ich war innerhalb der letzten 6 Monate 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.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen.

Zusätzlich, für Frauen im gebärfähigen Alter:

- Ich bin nicht schwanger. Ich stille nicht.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen (vgl. <https://t1p.de/dm9k>) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Ort, Datum:

Unterschrift:

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 116 117.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf 112.