

## ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Verabreichung des Impfstoffs COVID 19 mRNS

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen.

<b>Name:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>E-Mail-Adresse:</b>	

Bitte markieren Sie ihre Antworten bezüglich ihres aktuellen gesundheitlichen Zustands mit einem X in der entsprechenden Spalte der Tabelle. Bräuchten Sie Hilfe beim Antworten, oder wäre irgendeine der Fragen nicht eindeutig, melden Sie es bitte beim Impfarzt, damit Sie vor der Impfung über die eventuellen Fragen informiert werden können.

	JA	NEIN
Haben Sie chronische Krankheiten? (Diabetes, Hypertonie, Asthma, Herz- oder Nierenkrankheit etc.):		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		
Haben Sie irgendwelche Allergien (Lebensmittel, Medikamente, sonstiges)?		
Hatten Sie schon früher Unwohlsein während einer Impfung oder Blutentnahme?		
Hatten Sie schon anaphylaktische Reaktion nach Impfung? <b>(Anmerkung: anaphylaktische Reaktion verursacht durch einen unbekanntes Medikament ist eine Ausschließgrund, Antibiotikums oder Fiebermittel Allergie NICHT!)</b>		
Hatten Sie irgendeine akute Krankheit in den vergangenen 4 Wochen?		
Hatten Sie Fieber in den vergangenen 2 Wochen? <b>(Anmerkung: akute Krankheit mit Fieber ist eine Ausschließgrund, mit PCR Test nachgewiesene Coronaerkrankung innerhalb von 3 Monaten ist eine Ausschließgrund)</b>		
Haben Sie aktive Autoimmunerkrankung?		
Haben Sie in den letzten 3 Monaten solche Behandlung erhalten, die Ihr Immunsystem schwächt, wie Cortison,		

Prednison, andere Steroide, Immunbiologika oder Krebsmedikamente, Strahlentherapie?		
Hatten Sie irgendwann einen Krampfanfall, Nervensystemprobleme oder eine Lähmung?		
Leiden Sie zurzeit an einer hämatopoetischen Erkrankung, oder an vermehrten Blutungen?		
Haben Sie irgendeine Impfung innerhalb von 2 Wochen bekommen?		
Haben Sie momentan gesundheitliche Beschwerden?		
Sind Sie zurzeit schwanger?		
Planen Sie eventuell Schwangerschaft innerhalb von 2 Monaten?		
Stillen Sie?		

Datum:.....

.....

Unterschrift

Er/Sie hat um....., am ..... 2021 nach einer Observation von..... Minuten den Ort ohne Beschwerden verlassen. Hat die Nachsorge zugestimmt.