

1 Persönliche Daten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Covid-19-Impfung - Impfbogen

2 Anamnese relevanter Gesundheitsdaten zur COVID-19 Impfung

Fühlen Sie sich gesund?

JA NEIN

Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

JA NEIN

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

JA NEIN

Es ist eine Allergie bekannt?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

Traten nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

JA NEIN

Wenn zutreffend bitte Symptome anführen

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem Impfarzt.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes und Stempel

Unterschrift der zu impfenden Person
bzw. der / des gesetzlichen Vertreter/in (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuer/in)