**O privat**

**Einwilligungserklärung**

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstagsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich wurde bisher mit Johnson und Johnson geimpft**

O Ja O Nein

**Haben Sie nach Ihren bisherigen Covid-19-Impfung eine allergische Reaktion entwickelt?**

O Ja O Nein >A

**Ich nehme blutverdünnende Medikamente ein?**

O Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Xarelto, Marcumar, Spritzen O ASS 100 O Nein >Kompr.

**Ich bin zur Zeit schwanger**

O Ja O Nein >A

**Ich habe in den letzten 14 Tagen eine Impfung gegen: Masern, Mumps, Röteln, Typhus oder Gelbfieber erhalten.**

O Ja O Nein > KI

**Ich habe derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?**

O Ja O Nein > KI

**Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und unterschrieben.**

**Mir wurde die Möglichkeit zu einem Aufklärungsgespräch mit der Impfärztin / Impfarzt gegeben.**

**Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch. Ich habe keine weiteren Fragen.**

**O Ja**

**Ich willige in die Impfung gegen Covid-19 mit einem mRNA-Impfstoff ein.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Impfarzt