

## Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind bei früheren Impfungen allergische Reaktionen aufgetreten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche:		
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar®?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_ (Straße), \_\_\_\_\_ (PLZ, Ort),

habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker\*in zu klären.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein.
- Ich habe die „Datenschutzinformationen zur Schutzimpfung“ zur Kenntnis genommen.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Anmerkungen:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Apotheker\*in