

Dokumentation der 4. Schutzimpfung gegen COVID-19 - Ärztliche Anamnese und Abfrage Einwilligung -

Vom Patient/in auszufüllen!

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Hatten Sie Nebenwirkungen nach der 3. Impfung?

ja

nein

wenn ja, welche: _____

bei ja: Aufklärung über gesteigertes Risiko der Nebenwirkung und etwaiger medizinischer
Folgemaßnahmen erfolgt.

2. Hat sich Ihr Gesundheitszustand seit der 3. Impfung verändert?

ja

nein

wenn ja, welche: _____

bei ja: Aufklärung über gesteigertes Risiko der Nebenwirkung und etwaiger medizinischer
Folgemaßnahmen erfolgt.

3. Befinden Sie sich zurzeit in einer Schwangerschaft?

ja

nein

4. Ich lehne die vierte Impfung ab

Datum: _____ **Unterschrift (Patient/in) / (Betreuer/in):** _____

Vom Arzt auszufüllen!

1. Bestehende oder neu begonnene Antikoagulation?

ja

nein

wenn ja, welche: _____

2. Aktuelle Infektion, Fieber am Tag der 3. Impfung oder stattgehabte COVID-19 Infektion (im Zeitraum nach der 3. Impfung)?

ja

nein

wenn ja, welche: _____

3. Bemerkung:

Datum: _____ **Vor- und Nachname (Arzt/Ärztin):** _____

Unterschrift (Arzt/Ärztin): _____