



Booster-Impfung

Version 1.4

STAMMDATEN

männlich weiblich divers

Name/Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Straße/Nr.

Postleitzahl

Wohnort

Datum (Termin 1)

Wenn möglich auszufüllen durch (Pflege-)Einrichtung/betreuenden Arzt

KONTRAINDIKATIONEN

- Keine
- Akute behandlungsbedürftige Erkrankung, insbesondere fieberhafte Infektionskrankheit
- Geburtsdatum jünger als 12 Jahre
- Es liegt eine Schwangerschaft vor (1. Drittel)
- In den letzten 2 Wochen eine andere Impfung erhalten

VORERKRANKUNGEN

- Keine
- Allergie nach CoVID-19-Impfung
- Reaktion nach vorherigen Impfungen
- SARS-CoV-2 positiv
- Fehlende Immunantwort bei schwerer Immunsuppression (z.B. unter Chemotherapie oder Biologica)
- schwerwiegende Allergie
- chronische Krankheiten der Atmungsorgane
- Herz-Kreislaufkrankheiten
- chronische Erkrankungen der Leber
- chronische Nierenkrankheiten
- Muskeldystrophie oder vergleichbare neuromuskuläre Erkrankung
- Erkrankungen des Immunsystems
- Multiple Sklerose
- chron. neurologische Krankheiten
- Stoffwechselkrankheiten
- Diabetes mellitus
- Adipositas
- Krebserkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen
- Organtransplantation
- Demenz
- Psychiatrische Erkrankung
- chronisch entzündliche Darmerkrankung

Einnahme Arzneimittel:

- Keine
- Gerinnungshemmer/Blutverdünner
- Sonstiges
- Medikationsplan vorhanden? ja nein

Auszufüllen durch Impfarzt

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG (durch Impfarzt und Impfling)

Name des Arztes

Unterschrift

Ich habe die schriftliche Aufklärung im Vorfeld erhalten, gelesen und verstanden und bestätige, dass meine Fragen ausreichend beantwortet wurden.

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) gegen Covid 19 (Erstimpfung und/oder Zweitimpfung und/oder Booster-Impfung) mit dem Impfstoff ein.

Unterschrift (ggf. zur Einwilligung berechtigte Person)

IMPfung

Impfstoff

Chargennummer Impfstoff

Zeitpunkt der Impfung (Uhrzeit)

ABBRUCHGRÜNDE

- Keine Impfberechtigung (falsche Angaben bei Terminvergabe)
- Medizinische Kontraindikation
- Impfabbruch durch Impfling (z.B. keine Einwilligung unterzeichnet)
- Impfteamseitiger Abbruch
- Nicht-Antreffen
- Sonstiges

CHECK-OUT

Regulärer Check-Out

ja nein, Grund:

NEBENWIRKUNGEN

Keine

Art/Beschreibung
(z.B. Schmerzen)

Lokal/
Systemisch

Schweregrad
(1 = leicht, 5 = schwer)

1

2

3
