

Einverständniserklärung

zur Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Covid-19-Virus

Name, Vorname

Geb. Datum

Impfindikation

Alter Beruf Medizinisch Betreuer Sonstige

Vorgeschlagener Impfstoff

mRNA-Impfstoff Biontech _____
Chargennummer oder Aufkleber

Vektor-Impfstoff Astra Zeneca _____
Chargennummer oder Aufkleber

Sonstiger Impfstoff _____
Name · Chargennummer oder Aufkleber

Ich habe den Inhalt der Aufklärungsblätter und der Fragebögen zu Vorerkrankungen und Allergien zur Kenntnis genommen und vollständig ausgefüllt. Ich hatte die Möglichkeit zu einem Aufklärungsgespräch und Fragen zu stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein

Ich habe nach der Impfung Anspruch auf eine ca. 15-minütige Nachbeobachtungszeit (bei allergischer Grundbereitschaft auch länger). Eine Verkürzung der Nachbeobachtungszeit liegt in meiner eigenen Verantwortung.

Witten, den _____

X _____
Unterschrift der zu impfenden Person (bzw.gesetzl.Vertreter) Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Von der Impfstelle auszufüllen:

Allergische Grundbereitschaft Blutverdünner wie Marcumar®

Linker Arm (Deltamuskel) Rechter Arm (Deltamuskel) _____
Uhrzeit

Impfung durchgeführt: _____
Datum Unterschrift impfende MFA/Arzt

Dr. med. Klaus-W. & Dr. med. Daniel Pötter
Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin & Palliativmedizin
Ardeystraße 27 – 58452 Witten
Telefon: 0 23 02 – 16 29 // Telefax 0 23 02 – 18 98 84
www.poetter-medizin.de