

**Patientenanamnese zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit  
einem mRNA-Impfstoff:  
BIONTECH® (Comirnaty®) oder MODERNA® (Spikevax®)**

Wurde bei Ihnen bereits eine Infektion mit COVID-19 sicher nachgewiesen? Ja  Nein

Wenn ja, wann und wie? \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? Wenn womit? Ja  Nein

1. Datum: \_\_\_\_\_ 1. Impfstoff: \_\_\_\_\_

2. Datum: \_\_\_\_\_ 2. Impfstoff: \_\_\_\_\_

3. Datum: \_\_\_\_\_ 3. Impfstoff: \_\_\_\_\_

Haben Sie auf Ihre letzte COVID-19-Impfung allergisch reagiert? Ja  Nein

Haben Sie im Rahmen einer Impfung bereits schonmal das **Bewusstsein verloren**? Ja  Nein

Besteht bei Ihnen aktuell eine akute Erkrankung mit Fieber? Ja  Nein

Könnten Sie aktuell schwanger sein? Stillen Sie? (Frauen im gebärfähigen Alter) Ja  Nein

**Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? Wenn ja, wogegen?** Ja  Nein

---

Haben Sie einen Hausarzt? Wenn ja bitte angeben: \_\_\_\_\_ Ja  Nein

**Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen/Diagnosen?**

- |                                                 |                                            |                                                    |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depression             | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Migräne                   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                 | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung    | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Tumorleiden       | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Thrombosen        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall              |

Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

**Bitte wenden**

**Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit  
einem mRNA-Impfstoff:  
BIONTECH® (Comirnaty®) oder MODERNA® (Spikevax®)**

**BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Bitte zutreffendes ankreuzen:**

- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein, habe die aktuell geltenden Aufklärungsinformationen zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit einer Impfärztin / einem Impfarzt.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein, verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch, habe keine weiteren Fragen und habe die aktuell geltenden Aufklärungsinformationen zur Kenntnis genommen.

Von dem Arzt/der Ärztin auszufüllen:

Unterschrift, Stempel: \_\_\_\_\_

Von der zu impfenden Person oder dem gesetzlichen Vertreter auszufüllen:

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Zustimmung zur Impfung bzw. die Verweigerung der Impfung durch den gesetzlichen Vertreter.**

Vom gesetzlichen Vertreter auszufüllen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**