

Einverständniserklärung zur Durchführung der COVID-19 Impfung für Mitarbeitende

Bitte ausfüllen und am Impftermin zusammen mit dem Impfbüchlein (am besten ein gelbes Impfbüchlein) mitbringen.

Name	
Vorname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Strasse	
Nummer	
PLZ	
Ort	

Damit die Ärztin oder der Arzt entscheiden kann, ob Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung geimpft werden können, bitten wir Sie, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen:

	ja	nein	Bemerkungen
Schwangerschaft			
Stillen			
Bisherige Impf-Komplikation/en (z.B. allergische Reaktionen, hohes Fieber)			
Immunsuppression: Einnahme von Medikamenten oder Behandlungen, die stark auf das Immunsystem wirken, innerhalb der letzten drei Monate, wie z.B. Kortison, Gammaglobuline, Immunsuppressiva?			
Schwere Immunsuppression?			
Besteht eine schwere Erkrankung mit Auswirkung auf das Immunsystem (z.B. Leukämie)?			
Haben Sie gerade Zeichen einer akuten Erkrankung/en (z.B. Fieber) (ob geimpft werden kann, wird vor der Impfung geklärt)			Nämlich:
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein z. B. Xarelto, Eliquis, Marocumar, Heparin?			

Allergien: Bestehen Allergien, z.B. gegen Medikamente, andere?			
Bestehen Allergien auf Bestandteile des Impfstoffes (v.a. Polyethylenglycol, das auch im Abführmittel Marcogol vorkommt) /andere?			
Bestehen Allergien, wogegen sie ein Notfallset mit Epi-Pen bei sich tragen?			
Andere Impfung/en in der letzten Woche?			
Bestand in den letzten 3 Monaten eine COVID-19 Erkrankung? Wenn ja: sind Sie jetzt symptomfrei?			



Hier besteht eine Kontraindikation gegen die Impfung. Bitte klären Sie das weitere Vorgehen mit Ihrem Hausarzt.



Hier sollten Sie die Indikation zur Impfung zuerst mit Ihrem Hausarzt oder Spezialisten absprechen. Gerne machen wir Ihnen eine Bestätigung, dass Sie sich, als Gesundheitspersonal, später allenfalls im Impfzentrum impfen lassen können.

Hiermit erkläre ich, dass ich die allgemeinen Informationen zu Wirkung / Nebenwirkung der Impfung zur Kenntnis genommen und verstanden habe. Es bestand auch ausreichend Gelegenheit, Fragen zu erörtern. Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

- Impfinformation von INFOVAC liegt nochmals am Impfort auf