



**Priorität festgestellt**    **MA**    **BW**

Version 1.9

## STAMMDATEN

männlich    weiblich    divers

**Name/Vorname** .....

**Geburtsdatum** .....

**Impfnummer** .....

**Terminindikator** .....

**Einrichtungsnamen** .....

**Einrichtungsadresse** .....

**Datum (Termin 1)** .....

**Datum (Termin 2)** .....

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

### KONTRAINDIKATIONEN

- Keine
- Akute behandlungsbedürftige Erkrankung, insbesondere fieberhafte Infektionskrankheit
- Geburtsdatum jünger als 18 Jahre (Ausnahme BioNTech-Impfstoff 16 Jahre)
- Es liegt eine Schwangerschaft vor
- 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

### Einnahme Arzneimittel:

- Keine
- Gerinnungshemmer/Blutverdünner
- Sonstiges

Medikationsplan vorhanden?

ja    nein

Auszufüllen durch Impfarzt

## ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der Terminvereinbarung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten?  ja    nein  
Wenn ja, welche? .....

### 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 bin mit der Impfung mit dem Impfstoff ..... in zwei Dosen zu den genannten Terminen einverstanden und bestätige, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Unterschrift

### 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
