

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/s Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsst.-Nr.	LANR	Datum

Dokumentation der
SCHUTZIMPFUNG GEGEN
COVID-19
(Vaccination against Corona-
Virus-Disease-2019)
 mit einem m-RNA-Impfstoff



Dr.med. Thomas Stolz

Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

- Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 38,5 °C / ggf. Messung: _____ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 6 Monate **nicht** an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher **keine** lebensbedrohliche Allergie (z.B. mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen **nicht** geimpft.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt. Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ich lehne die Impfung ab.
- Zusätzlich, für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin **nicht** schwanger. Ich stille **nicht**.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen (vgl. <https://t1p.de/dm9k>) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling / Betreuer/in /
(Vor-) Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Ärztin/Arzt

ggf. zum Ausschneiden und Einkleben in den Impfpass:

Wichtige Anmerkungen zur Impfung:

Nach der Impfung empfehlen wir für einige Tage stärkere sportliche oder körperlich anstrengende Tätigkeiten zu vermeiden. Die Impfung selbst kann für 1-3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen.

Wichtig ist, dass Geimpfte rasch einen Arzt aufsuchen, wenn nach der Impfung Schmerzen in der Brust, Kurzatmigkeit, Herzklopfen oder Rhythmustörungen auftreten.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bei Problemen bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Tel. Nr. **11 6 11 7**. Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf **112**.

* Hilfestellung! Juristisch nicht erforderlich, vgl. <https://tinyurl.com/jrwyx6a>

BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNGEN GEGEN SARS-COV-2 („CORONA-VIRUS“)		
<i>Certificate of vaccination against SARS-CoV-2 (Covid-19)</i>		
Name, Vorname <i>Last name, first name</i>	Geburtsdatum <i>Date of birth</i>	
Datum <i>date</i>	Impfstoff/Hersteller/Charge <i>Vaccine/Company/batch no.</i>	Stempel/Unterschrift <i>Sign/Signature</i>
<div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: small;">Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)</div>	Impfstoff-Typ <i>Type of vaccine</i> BionTech/Pfizer Moderna Oxford/AstraZeneca <i>other: _____</i>	
Ggf. nächster Impftermin (Datum): <i>Next vaccination appointment (date): _____</i>		
<div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); font-size: small;">Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)</div>	BionTech/Pfizer Moderna Oxford/AstraZeneca <i>other: _____</i>	
Grundimmunisierung vollständig. <i>Basic immunization complete.</i>		