

ANAMNESE

Protein-basiert

Stand: 28. November 2024

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit Protein-basiertem Impfstoff –

Nuvaxovid® Varianten-adaptiert von Novavax

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Proteinimpfstoff-Tab.html>

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja _____ nein _____

2. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja _____ nein _____

Wenn ja, gegen welchen Erreger wurde geimpft? _____

3. Wurden Sie¹ bereits gegen COVID-19 geimpft?

ja _____ nein _____

Besteht bei Ihnen Basisimmunität (3 SARS-CoV-2-Antigenkontakte durch mindestens 1 Impfung und ggf. Infektionen)?

ja _____ nein _____

Wann wurden Sie zuletzt und mit welchem Impfstoff immunisiert?

Datum: _____ Impfstoff: _____

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder einen anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. Falls Sie¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja _____ nein _____

Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?

ja _____ nein _____

Wenn ja, welche _____

5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) nachgewiesen?

(schließt Selbsttest mit ein)

ja _____ nein _____

Wenn ja, wann _____

6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche?

(z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)

ja _____ nein _____

Wenn ja, welche _____

7. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Arzneimittel ein?

ja _____ nein _____

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

ja _____ nein _____

Wenn ja, welche _____

9. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja _____ nein _____

Wenn ja, welche _____

10. Sind Sie¹ schwanger?

ja _____ nein _____

(Gemäß STIKO sollen Schwangere nicht mit Nuvaxovid® geimpft werden. Schwangeren wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel bei fehlender Basisimmunität die Impfung mit dem mRNA-Impfstoff Comirnaty® empfohlen)

¹ ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Protein-basiert

Stand: 28. November 2024

Schutzimpfung gegen
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit Protein-basiertem Impfstoff –

Nuvaxovid® Varianten-adaptiert von Novavax

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt bzw. der Apothekerin / dem Apotheker.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch bzw. das Aufklärungsgespräch mit der Apothekerin / dem Apotheker.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit Protein-basiertem Impfstoff ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person _____

Unterschrift der Ärztin / des Arztes bzw. der
Apothekerin / des Apothekers _____

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: *Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.*

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____

E-Mail _____

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e. V., Marburg, in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e. V., Marburg
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 06 (Stand 28. November 2024)



ROBERT KOCH INSTITUT

