



Dient der Einwilligung bei Reihenimpfungen (z.B. Altersheimen)

! Bitte geben Sie den Namen des Impflings entsprechend dem Ausweisdokument ein.
Bitte füllen Sie alle Felder in Blockschrift aus.
Bei Auswahlfeldern bitte Zutreffendes ankreuzen. Bei einigen Fragen ist eine Mehrfachauswahl möglich.

1 Persönliche Daten

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Geschlecht männlich weiblich divers

Adresse

PLZ

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Stadt

Landkreis bzw. Stadtkreis

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

! Kontaktmöglichkeit bei raschen Rückfragen

Telefonnummer (optional)

Mobilnummer (optional)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

E-Mail Adresse (optional)

2 Anamnese relevanter Gesundheitsdaten zur COVID-19 Impfung

Hatten Sie eine labordiagnostisch bestätigte Covid-19-Erkrankung?

JA NEIN JA- aber Empfehlung Hausarzt / Facharzt liegt vor

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

JA NEIN JA- aber Empfehlung Hausarzt / Facharzt liegt vor

Liegt bei Ihnen einer der folgenden Risikofaktoren vor? (Mehrfachauswahl möglich)

- Trisomie 21 Demenz oder geistige Behinderung Zustand nach Organtransplantation Adipositas (BMI >30)
- chronische Nierenerkrankung chronische Lebererkrankung Diabetes mellitus
- Herzinsuffizienz, Arrhythmie / Vorhofflimmern oder koronare Herzkrankheit oder arterieller Hypertension
- zerebrovaskuläre Erkrankung / Apoplex Krebserkrankung COPD oder Asthma bronchiale
- Immundefizienz oder HIV-Infektion Autoimmunerkrankungen oder rheumatischen Erkrankungen

Sonstige (Bitte ausfüllen)

Nichts davon bekannt



Fühlen Sie sich gesund?

JA NEIN

Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

JA NEIN

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

JA NEIN

Es ist eine Allergie bekannt?

Allergien

Traten nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

JA NEIN

Wenn zutreffend bitte Symptome anführen

Ich wurde auf den aktuellen [Aufklärungsbogen](#) aufmerksam gemacht und habe die aktuelle [Datenschutzvereinbarung](#) zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit offene Fragen in einem Aufklärungsgespräch mit der Impfärztin / dem Impfarzt zu klären.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein.

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Vorname, Nachname, E-Mail, Adresse, Telefonnummer) zum Zweck der Kontaktaufnahme an Forschungsstellen für Forschungstätigkeiten im öffentlichen Interesse weitergegeben werden. Sie können Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit unter datenschutzbeauftragter@stmgp.bayern.de widerrufen. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Verarbeitung bleibt aber weiterhin rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes und Stempel

Unterschrift der zu impfenden Person
bzw. der / des gesetzlichen Vertreter/in (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuer/in)