



Name:

Vorname:

Geburtstag:

Einwilligung zur Impfung gegen COVID-19 und Erklärung zum Datenschutz

- ✓ Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 38,5°)
- ✓ Ich war innerhalb der letzten 6 Monate nicht an COVID-19 („Corona“) erkrankt
- ✓ Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergien (zB mit Notarzteinsatz und Krankenhausaufenthalt)
- ✓ 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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich , den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu. Das Aufklärungsblatt liegt in der Praxis aus und kann über den QR-Code abgerufen werden.

Bremen, den

Unterschrift Impfung/Betreuer/-in/Sorge
berechtigte/r

Unterschrift Arzt/Ärztin

Anmerkung:

Die Impfung kann für 1-3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit, sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen.

Bitte informieren Sie uns bei darüber hinausgehenden Nebenwirkungen.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Bereitschaftsdienst 116 117.

Bei lebensbedrohlichen Notfällen:112

QR-Code Aufklärungsblatt:

