




### Hinweise zur Ihrer Impfung gegen Covid-19

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben für Sie eine Impfung gegen Covid-19 geplant. **Bitte bringen Sie dieses Dokument ausgefüllt und unterschrieben zu Ihrem Termin mit.**

Bitte kreuzen Sie an:

- [ja] [nein] Haben Sie Fieber?  
[ja] [nein] Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate an Covid-19 erkrankt?  
[ja] [nein] Wurden Sie innerhalb der letzten 14 Tage geimpft? (Egal, gegen welche Krankheit)  
[ja] [nein] Sind Sie schwanger oder stillen Sie?  
[ja] [nein] Waren Sie wegen einer Allergie im Krankenhaus oder haben den Notarzt gerufen?

-  [ja] [nein] Haben Sie das ständig aktualisierte Aufklärungsmerkblatt unter [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien\\_fremdsprachig\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/materialien_fremdsprachig_inhalt.html) oder kurz: <https://t1p.de/dm9k> zur Kenntnis genommen?  
[ja] [nein] Haben Sie weitere Fragen?

#### **Bitte beachten Sie folgende Punkte:**

- Die Impfung erfolgt in der Regel in den linken Oberarm. Nach der Impfung müssen Sie noch mind. 15 Minuten zur Beobachtung in der Praxis bleiben. Erst nach dieser Zeit bekommen Sie Ihre Impfbestätigung von uns.
- Die Impfung kann für 1-3 Tage typische, durchaus auch stärkere Erkältungssymptome wie Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen. Einfache Schmerzmittel lindern die Effekte oft deutlich.  
Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen. Gegebenenfalls rufen Sie den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter 116 117 oder den Notruf unter 112 an.

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Nur bei Jugendlichen unter 18 Jahren:

Bitte Unterschrift möglichst beider Elternteile: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_