



Einwilligung zur zweiten Covid-19 Schutzimpfung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen soll die zweite Covid-19 Schutzimpfung durchgeführt werden. Bitte lesen Sie sich dieses Merkblatt aufmerksam durch und kreuzen Sie Zutreffendes an.

1. Hatten Sie nach der ersten Covid-19 Schutzimpfung eine allergische Reaktion auf die Impfung?

Ja Nein

2. Wurde bei Ihnen nach der letzten Covid-19 Schutzimpfung eine Thrombose diagnostiziert?

Ja Nein

3. Traten bei Ihnen nach der ersten Covid-19 Schutzimpfung Nebenwirkungen auf, die nicht in Ihrem Aufklärungsbogen beschrieben waren? Kam es zu einer Impfkomplication?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

4. Haben Sie vor der zweiten Covid-19 Schutzimpfung Fragen und wünschen noch einmal ein Arztgespräch?

Ja Nein

5. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

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

Ja Nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und willige in die zweite Covid-19 Schutzimpfung ein.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Unterschrift