



! 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 zur COVID-19 Impfung

Ich arbeite in einer Pflege- oder medizinischen Einrichtung, in ... (Mehrfachauswahl möglich)

Krankenhaus (COVID-Station, Notaufnahme, Intensivstation, Ambulanz, i.d. Bronchoskopie o.ä. aerosolgenerierende Tätigkeiten)
 Krankenhaus mit besonders gefährdeten Gruppen (Hämato-Onkologie oder Transplantationsmedizin)
 Krankenhaus (sonstige stationäre Versorgungsbereiche) Krankenhaus (IT/ Technik/ Verwaltung/ unregelmäßiger Patientenkontakt)

Alten- und Pflegeheim Infektionspraxis hausärztliche/ pädiatrische Arztpraxis/ KV-Notdienst
 zahnärztliche-, HNO, ophthalmologische Praxis Facharztpraxis SARS-CoV-2-Impfzentren/ mobiles Impfteam
 Palliativmedizin Blut- und Plasmaspendendienst Sars-CoV-2 Testzentrum

ÖGD Personal mit Patientenkontakt ÖGB Personal ohne Patientenkontakt
 sonstige Heilberufe (Krankengymnastik, Hebamme etc.) Behinderteneinrichtung (mit medizinischem/ pflegerischem Schwerpunkt)
 in besonders relevanter Position zur Aufrechterhaltung der Krankenhausinfrastruktur Labor oder Bereich ohne Patientenkontakt
 ambulanter Pflegedienst Rettungsdienst (hauptamtlich) Rettungsdienst (ehrenamtlich)

nicht zutreffend

Ich arbeite in Schule oder Kindergarten, in ... (Mehrfachauswahl möglich)

Schule Kindergarten-/ krippe Kinderhort Mittagsbetreuung

nicht zutreffend

Ich wohne/arbeite in einer Gemeinschaftseinrichtungen, in ... (Mehrfachauswahl möglich)

betreute Wohneinrichtung Asylbewerberunterkunft Obdachlosenunterkunft Justizvollzugsanstalt
 Behinderteneinrichtung (mit betreuersischem Schwerpunkt) Unterkunft für Saisonarbeitskräfte Senioren- und Altenpflegeheim

nicht zutreffend



Ich arbeite in Einrichtungen zur Aufrechterhaltung des öffentlichen Lebens, in ... (Mehrfachauswahl möglich)

- leitender Position mit besonders hohem Infektionsrisiko bei der Tätigkeit Polizei Berufsfeuerwehr
- freiwillige Feuerwehr Energie- und Wasserversorgung
- Lebensmittel Einzel- und Großhandel ÖPNV Abfallwirtschaft
- THW Öffentlicher Gesundheitsdienst/ MDK Sonstige
-
- Regierung Verwaltung Bundeswehr Apotheke Katastrophenschutz Justiz
- Informationstechnik / Telekommunikation
-
- nicht zutreffend

Ich arbeite in einem sonstigen Beruf mit hohem Personenkontakt, als ... (Mehrfachauswahl möglich)

- Beschäftigt im Einzelhandel Beschäftigt in der Gastronomie
-
- nicht zutreffend

Ich habe ein ärztliches Attest als Hochrisikopatient mit ...

- Hohem Risiko Moderatem Risiko
-
- nicht zutreffend

3 Anamnese relevanter Gesundheitsdaten zur COVID-19 Impfung - I

Hatten Sie eine labordiagnostisch bestätigte Covid-19-Erkrankung?

- JA NEIN

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

- JA NEIN

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung (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
- zerebrovaskulären Erkrankung/ Apoplex Krebserkrankung COPD oder Asthma bronchiale
-
- 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?

JA NEIN

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

JA NEIN

Wenn zutreffend bitte ausfüllen

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

JA NEIN

Wenn zutreffend bitte Symptome anführen

Ich habe den Aufklärungsbogen und die 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 jederzeit widerrufen. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Verarbeitung bleibt aber weiterhin rechtmäßig.

Stempel und Unterschrift Arzt

Unterschrift