

# ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Kontakt Daten für Notfall: \_\_\_\_\_

- Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  
 ja  nein
- Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?  
 ja  nein
- Wurden Sie<sup>1</sup> bereits gegen COVID-19 geimpft?  
 ja  nein  
Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?  
Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_  
**(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)**
- Falls Sie<sup>1</sup> bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?  
 ja  nein
- Wurde bei Ihnen<sup>1</sup> in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?  
 ja  nein  
wenn ja, wann \_\_\_\_\_
- Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  
 ja  nein
- Haben Sie<sup>1</sup> chronische Erkrankungen oder leiden Sie<sup>1</sup> an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?  
 ja  nein  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?  
 ja  nein  
wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?  
 ja  nein
- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?  
 ja  nein

<sup>1</sup> Ggf. wird dies von den gesetzlichen Vertreterinnen beantwortet

Angiologie · Allergologie · Arbeitsmedizin · Chirurgie · Diabetologie · Ernährungsmedizin  
Gastroenterologie · Gerontologie · Hausärztliche Versorgung · Hypertonie Zentrum  
Innere Medizin · Kardiologie · Notfallmedizin · Psychotherapie · Sportmedizin

**Centrum für Kardiologie,  
Angiologie und  
Diabetologie  
Rhein - Main**

**Dr. med. Predrag Matic**  
Innere Medizin, Kardiologie und  
Diabetologie

**Dr. med. Stephan Bauer**  
Innere Medizin und Kardiologie

**PRAXIS MATIC**  
**Akademische Lehrpraxis**  
der  
Johann Wolfgang Goethe  
**U n i v e r s i t ä t**  
Frankfurt am Main

**Dr. med. Nina Matic**  
Allgemeinmedizin

**Dr. med. Vera Marburn**  
Innere Medizin

**Gabriele Kehl**  
Innere Medizin und  
Rheumatologie

**Dr. med. Juliane Rohlf**  
Allgemeinmedizin und Chirurgie

**Dr. med. Ludmila Bogatyrova**  
Allgemeinmedizin und Geriatrie

**M. Sc. Vera Wagner**  
Psychologische Psychotherapie

**Dipl. Psych. Ana Seiwald**  
Psychologische Psychotherapie

**Dr. med. Sandra Schanz**  
Allgemeinmedizin und Anästhesie

**Ingrid Strotmann**  
Allgemeinmedizin und  
Öffentliches Gesundheitswesen

[www.praxis-matic.de](http://www.praxis-matic.de)

**MVZ Darmstadt**  
Gruberstr. 26  
64289 Darmstadt  
Tel.: 06151/97172-0  
Fax.: 06151/97172-119  
[info@praxis-matic.de](mailto:info@praxis-matic.de)

**Psychotherapie**  
Borsdorfstr. 42  
64289 Darmstadt

**MVZ Rossdorf**  
Darmstädterstr. 8  
64389 Rossdorf  
Tel.: 06154/695174  
Fax.: 06154/695172  
[rossdorf@praxis-matic.de](mailto:rossdorf@praxis-matic.de)

**MVZ Offenbach Mühlheim**  
Südring 14  
63165 Mühlheim  
Tel.: 06108/9111-0

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff  
(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna®  
von Moderna)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die  
Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem Impfarzt.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte  
die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem  
Impfarzt.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche  
Aufklärungsgespräch.

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

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkung \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich  
erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

**Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur  
Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) angeben:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Centrum für Kardiologie,  
Angiologie und  
Diabetologie  
Rhein - Main**

**Dr. med. Predrag Matic**  
Innere Medizin, Kardiologie und  
Diabetologie

**Dr. med. Stephan Bauer**  
Innere Medizin und Kardiologie

**PRAXIS MATIC**  
**Akademische Lehrpraxis**  
der  
Johann Wolfgang Goethe  
**U n i v e r s i t ä t**  
Frankfurt am Main

**Dr. med. Nina  
Matic** Allgemeinmedizin

**Dr. med. Vera Marbun**  
Innere Medizin

**Gabriele Kehl**  
Innere Medizin und  
Rheumatologie

**Dr. med. Juliane Rohlf**  
Allgemeinmedizin und Chirurgie

**Dr. med. Ludmila Bogatyrova**  
Allgemeinmedizin und Geriatrie

**M. Sc. Vera Wagner**  
Psychologische Psychotherapie

**Dipl. Psych. Ana Seiwald**  
Psychologische Psychotherapie

**Dr. med. Sandra Schanz**  
Allgemeinmedizin und Anästhesie

**Ingrid Strotmann**  
Allgemeinmedizin und  
Öffentliches Gesundheitswesen

[www.praxis-matic.de](http://www.praxis-matic.de)

**MVZ Darmstadt**  
Gruberstr. 26  
64289 Darmstadt  
Tel.: 06151/97172-0  
Fax.: 06151/97172-119  
[info@praxis-matic.de](mailto:info@praxis-matic.de)

**Psychotherapie**  
Borsdorfstr. 42  
64289 Darmstadt

**MVZ Rossdorf**  
Darmstädterstr. 8  
64389 Rossdorf  
Tel.: 06154/695174  
Fax.: 06154/695172  
[rossdorf@praxis-matic.de](mailto:rossdorf@praxis-matic.de)

**MVZ Offenbach Mühlheim**  
Südring 14  
63165 Mühlheim  
Tel.: 06108/9111-0