

ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) Vektor-Impfstoff (Vaxzevria®, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)

**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

MVZ Darmstadt
Gruberstr. 26
64289 Darmstadt
Tel.: 06151/97172-0
Fax.: 06151/97172-119
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

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

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?
 ja nein

2. Haben Sie¹ bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?
 ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____
(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

3. Falls Sie¹ bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?
 ja nein

Haben Sie¹ danach ein Blutgerinnsel (Thrombose) entwickelt?
 ja nein

4. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? (Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen.)
 ja nein

Wenn ja, wann _____

5. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?
 ja nein

Wenn ja, welche _____

6. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 ja nein

7. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?
 ja nein

Wenn ja, welche _____

8. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?
 ja nein

Wenn ja, welche _____

9. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie¹?
 ja nein

10. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?
 ja nein

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit Vektor-Impfstoff (Vaxzevria®, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)

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.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkung _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

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 Rohlfis
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

MVZ Darmstadt
Gruberstr. 26
64289 Darmstadt
Tel: 06151/97172-0
Fax.: 06151/97172-119
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

MVZ Offenbach Mülheim
Südring 14