

ANAMNESE

Zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoffen

**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
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 Marburg
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
kardiologie@praxis-matic.de

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum _____

Anschrift

- Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?
 ja nein
- Falls Sie¹ bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?
 ja nein
- Leiden Sie¹ unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?
 ja nein
wenn ja, welche _____
- Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 ja nein
- Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?
 ja nein
wenn ja, welche _____
- Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?
 ja nein
wenn ja, welche _____
- Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie¹?
 ja nein
- Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?
 ja nein

¹ Ggf. wird dies von dem gesetzlichen Vertreterinnen beantwortet

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit
mRNA-
Impfstoffen

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertreterin / den gesetzlichen Vertreter.

Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters angeben:

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.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Vermerke _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:
Unterschrift der / des gesetzlichen Vertreterin / Vertreters (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

