



Einwilligung zur Zweitimpfung mit

- Comirnaty (Biontech)

- Vaxzevria (Astra Zeneca)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Haben Sie aktuell Infekte, Fieber, schwere Erkrankungen (z.B. Rheumatische Erkrankungen oder Krebs) oder sind Sie immungeschwächt ? Ja Nein

Nehmen Sie aktuell blutverdünnende Medikamente ? Ja Nein

Hatten Sie Nebenwirkungen nach der 1. Impfung? Ja Nein

Wenn ja, welche : _____

Könnten Sie schwanger sein ? Ja Nein

Wünschen Sie eine erneute ärztliche Beratung ? Ja Nein

Ich willige in die Impfung ein !

Langenargen, den _____, _____, _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt
