



Einwilligung zur Covid-19

Auffrischungsimpfung / Booster-Impfung

mit Comirnaty (BioNTech)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ___ / ___ / _____

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

Ja

Nein

Nehmen Sie 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
