



## Einwilligung zur Covid-19

### Auffrischungsimpfung / Booster-Impfung

#### mit mRNA Impfstoff Comirnaty (BioNTech) / Spikevax (Moderna)

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_