

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/s Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsst.-Nr.	LANR	Datum



Dokumentation der  
**SCHUTZIMPfung**  
**GEGEN COVID-19**  
*(Vaccination against  
 Corona-Virus-Disease-2019)*



**Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:**

- Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 38,5 °C / ggf. Messung: \_\_\_\_\_ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 6 Monate nicht an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (z.B. mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen nicht geimpft.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt.  
Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.  Ich lehne die Impfung ab.
- Zusätzlich, für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin nicht schwanger. Ich stille nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen (vgl. <https://t1p.de/dm9k>) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Ort, Datum

Unterschrift Impfling / Betreuer/in /  
(Vor-) Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Ärztin/Arzt

ggf. zum Ausschneiden und Einkleben in den Impfpass:

**Anmerkungen:**

Die Impfung kann für 1-3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen.

Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen

Bereitschaftsdienst unter 11 6 11 7.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf 112.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\* Hilfestellung! Juristisch nicht erforderlich, vgl. <https://tinyurl.com/jrwyx6a>

Fläche zum Einkleben in den Impfpass (nach hinten falten)	<b>BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNGEN GEGEN SARS-COV-2 („CORONA-VIRUS“)</b> <i>Certificate of vaccination against SARS-CoV-2 (Covid-19)</i>		
	Name, Vorname <i>Last name, first name</i>		Geburtsdatum <i>Date of birth</i>
	Datum <i>date</i>	Impfstoff/Hersteller/Charge <i>Vaccine/Company/batch no.</i>	Stempel/Unterschrift <i>Sign/Signature</i>
	<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> other: _____		
Ggf. nächster Impftermin (Datum): <i>Next vaccination appointment (date):</i> _____			
<input type="checkbox"/> BionTech/Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Oxford/AstraZeneca <input type="checkbox"/> other: _____			
<input type="checkbox"/> Grundimmunisierung vollständig. <i>Basic immunization complete.</i>			