



Priorität festgestellt **MA** **BW**

STAMMDATEN

QR-Code	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Terminindikator
	Name/Vorname	EinrichtungSID
	Geburtsdatum	Datum (Termin 1)
	Impfnummer	Datum (Termin 2)

Wenn möglich auszufüllen durch (Pflege-)Einrichtung/betreuenden Arzt

KONTRAINDIKATIONEN

- Keine
- Fieber
- Geburtsdatum (jünger als 18 Jahre)
- Es liegt eine Schwangerschaft vor
- schwere immunsupprimierende (chronische) Krankheit
- innerhalb der letzten 6 Monate eine Chemotherapie erhalten
- in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten
- in den letzten 12 Monaten eine Organtransplantation durchgeführt

VORERKRANKUNGEN

- Keine
- schwerwiegende Allergie
- chronische Krankheiten der Atmungsorgane
- Herz-Kreislaufkrankheiten
- chronische Erkrankungen der Leber
- chronische Nierenkrankheiten
- Erkrankungen des Immunsystems
- chronische neurologische Krankheiten
- Stoffwechselkrankheiten
- Adipositas
- bereits SARS-CoV-2 pos.
- Krebserkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen

Einnahme Arzneimittel:

- Keine
- Immunsuppressiva
- Antivirale Medikamente
- Antibiotika
- Blutverdünner
- Entzündungshemmer (z.B. Cortison)
- Sonstiges

Auszufüllen durch Impfarzt

ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der Terminvereinbarung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche?

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG (durch Impfarzt und Impfling)

Name des Arztes	Unterschrift
Ich habe die schriftliche Aufklärung im Vorfeld erhalten, verstanden und gelesen.	Unterschrift
Ich habe noch Fragen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.	Unterschrift
Ich bin mit der Impfung mit dem Impfstoff in zwei Dosen zu den genannten Terminen einverstanden und bestätige, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.	Unterschrift

IMPfung

Impfstoff

Chargennummer Impfstoff

Zeitpunkt der Impfung (Uhrzeit)

ABBRUCHGRÜNDE

- Keine Impfberechtigung (falsche Angaben bei Terminvergabe)
- Medizinische Kontraindikation
- Impfabbruch durch Impfling (z.B. keine Einwilligung unterzeichnet)
- Impfteamseitiger Abbruch
- Nicht-Antreffen
- Sonstiges

NEBENWIRKUNGEN

	Art/Beschreibung (z.B. Schmerzen)	Lokal/ Systemisch	Schweregrad (1 = leicht, 5 = schwer)
<input type="checkbox"/> Keine			
①			
②			
③			

CHECK-OUT

Regulärer Check-Out

ja nein, Grund: