

Impfdokumentationsformular

Impfzentrum Hamburg City



Wandsbeker Chaussee 2
22089-Hamburg

www.impfzentrum-hamburgcity.de

Notwendige Angaben zur Person:

Name, Vorname:		Geb.	Alter:
Adresse:			
E-Mail:		Handy:	
Versichertennummer:		Krankenkasse:	

1. Geben Sie alle bisherigen Corona-Impfungen oder Infektionen an:

	Impfdatum	Impfstoffname
1. Impf./Infektion		
2. Impf./Inf.		
3. Impf./Inf.		

2. Geplante Impfung mit:

(wird vom Arzt ausgefüllt):

Impfstoffname	Dosis	x	durchgeführt
BioNtech Erw. (ab 12J.)	0,3 ml		
BioNtech Kind (u. 12J.)	0,2 ml		
Moderna(1./2.Impf.)	0,5 ml		
Moderna (Booster)	0,25ml		
Novavax	0,5 ml		

Bitte VOR dem Termin ankreuzen UND unterschreiben:

- | | JA | NEIN |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Fieber über 38,0°C | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Starker Husten mit permanentem Auswurf (grün, gelb) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sind sie schwanger im ersten Trimneon (ersten 12 Wochen)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ich nehme Immunsuppressiva ein (Cortison, MTX, Biologicals) z.B... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Nehmen Sie Blutverdünner ein? (NICHT ASS, aber z.B. Marcumar o. Xarelto?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Allergie gegen Medikamente bekannt? z.B.... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Masern oder Gelbfieberimpfung in den letzten 2 Wochen erhalten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Risiken einer Corona-Schutzimpfung:

- Schmerzen, Blutung, Infektion an der Einstichstelle
- Allergische Reaktion (Ausschlag, sehr selten lebensbedrohliche Herz-Kreislaufreaktionen)
- Gelegentlich, ca. 1/10 Allgemeine Impfreaktion (Fieber, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen)
- M-RNA-Impfungen: 1/250.000 Impfungen: Gesichtsmuskellähmung, Herzmuskelentzündung
- Bei Kindern (5-11J): Keine generelle Impfpfempfehlung v. RKI, indiv. Nutzen/Risiko Abwägung

Die o.g. Risiken sind mir bekannt. Ich verzichte auf eine erneute ausführliche Beratung und bin mit der Impfung, auch durch Assistenzpersonal, einverstanden.

Min. nach der Impfung kann ich, bei unverändertem Wohlbefinden, den Impfstandort selbstständig verlassen.

Datum:

Unterschrift Patient:

Unterschrift Arzt: