



Dient der Einwilligung bei Reihenimpfungen (z.B. Altersheimen)

! Bitte geben Sie den Namen des Impflings entsprechend dem Ausweisdokument ein.
Bitte füllen Sie alle Felder in Blockschrift aus.
Bei Auswahlfeldern bitte Zutreffendes ankreuzen. Bei einigen Fragen ist eine Mehrfachauswahl möglich.

1 Persönliche Daten

Vorname

Nachname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Geschlecht männlich weiblich divers

Adresse

PLZ

Stadt

Landkreis bzw. Stadtkreis

! Kontaktmöglichkeit bei raschen Rückfragen

Telefonnummer (optional)

Mobilnummer (optional)

E-Mail Adresse (optional)

2 Anamnese relevanter Gesundheitsdaten zur COVID-19 Impfung

Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine labordiagnostisch bestätigte Covid-19-Erkrankung?

JA NEIN JA- aber Empfehlung Hausarzt / Facharzt liegt vor

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

JA NEIN JA- aber Empfehlung Hausarzt / Facharzt liegt vor

Liegt bei Ihnen einer der folgenden Risikofaktoren vor (Mehrfachauswahl möglich)

- Trisomie 21 oder einer Conterganschädigung Demenz oder geistige Behinderung Zustand nach Organtransplantation
- psychiatrische Erkrankung (insbesondere bipolare Störung, Schizophrenie, schwere Depression) Adipositas (BMI >40)
- behandlungsbedürftigen Krebserkrankung in Remission befindlichen Krebserkrankungen Adipositas (BMI >30)
- schwere chronische Lungenerkrankung (z. B. interstitielle Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder andere ähnlich schwere Lungenerkrankung)
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) mit Komplikationen Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ohne Komplikationen
- Leberzirrhose oder andere chronische Lebererkrankung chronische Nierenerkrankung Asthma bronchiale
- sehr hohes oder hohes Risiko für schwerwiegenden COVID-19-Verlauf gemäß ärztlichem Attest Impfkommision
- erhöhtes Risiko für schwerwiegenden COVID-19-Verlauf gemäß ärztlichem Attest Impfkommision Immundefizienz oder HIV-Infektion
- Autoimmunerkrankungen oder rheumatologische Erkrankungen Muskeldystrophie oder einer vergleichbaren neuromuskulären Erkrankung
- Herzinsuffizienz, Arrhythmie / Vorhofflimmern oder koronare Herzkrankheit oder arterieller Hypertonie (Bluthochdruck)
- Zerebrovaskuläre Erkrankung / Schlaganfall / andere neurologische Erkrankungen
- Chronisch entzündliche Darmerkrankung (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)

Sonstige (Bitte ausfüllen)

Nichts davon bekannt



Fühlen Sie sich gesund?

JA NEIN

Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

JA NEIN

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

JA NEIN

Es ist eine Allergie bekannt?

Allergien

Traten nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

JA NEIN

Wenn zutreffend bitte Symptome anführen

Ich habe den [Aufklärungsbogen \(mRNA\)](#) / [Aufklärungsbogen \(Vektor\)](#) und die [Datenschutzinformation](#) zur Kenntnis genommen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit offene Fragen in einem Aufklärungsgespräch mit der Impfpfärztin / dem Impfarzt zu klären.

Ich willige in die vorgeschlagene erste und zweite Impfung gegen COVID-19 ein.

Die Abgabe der nachfolgenden Einwilligung ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die Anmeldung zur Impfung. Wenn Sie die Einwilligung nicht abgeben wollen, fahren Sie bitte fort, ohne ein Kreuz zu setzen.

Bitte setzen Sie das Kreuz nur, wenn Sie mit der dargestellten Datenverarbeitung einverstanden sind.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten (Vorname, Nachname, Adresse, Telefonnummer, E-Mail) zum Zwecke der Kontaktaufnahme an Forschungsstellen für Forschungstätigkeiten im öffentlichen Interesse weitergegeben werden.

Sie können Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit unter impfarchiv@lgl.bayern.de widerrufen.

Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Verarbeitung bleibt aber weiterhin rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes und Stempel

Unterschrift der zu impfenden Person
bzw. der / des gesetzlichen Vertreter/in (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuer/in)