



*Internistische Gemeinschaftspraxis  
Bad Schwartau – Stockelsdorf*

## **Einverständniserklärung Impfung gegen das SARS-COV-2-Virus (Coronavirus) im Rahmen der Pandemie 2020/2021**

\_\_\_\_\_  
Vorname & Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (Im Falle von Terminverschiebungen aufgrund von Liefer-Engpässen beim Impfstoff)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Impfung gegen das Coronavirus, ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ich habe das in der Praxis ausliegende Aufklärungsmerkblatt des Robert-Koch-Instituts gelesen / zur Kenntnis genommen und habe keine weiteren Fragen zur Impfung.

Mir ist bewusst, dass die Impfung - wie jede andere Impfung auch - möglicherweise zu Impfreaktionen führen kann. Hierzu zählen Schmerzen, Schwellung und Rötung an der Einstichstelle, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen und Schüttelfrost, Gelenkschmerzen, Übelkeit, Lymphknotenschwellungen, Schlaflosigkeit, Ausschlag, Nesselsucht. Extrem selten sind: sich zurückbildende Gesichtslähmung, Überempfindlichkeitsreaktion. Sehr selten sind: allergische Sofortreaktion bis hin zum Schock oder auch andere bisher nicht bekannte Komplikationen.

**Mir ist bewusst, dass ich mich bei ungewöhnlichen Reaktionen umgehend in ärztliche Behandlung zu begeben habe**, insbesondere bei Atemnot, Brustschmerzen, Schwellungen der Beine oder anhaltenden Bauchschmerzen, oder bei Hinweisen auf die sehr selten auftretenden beschriebenen Sinusvenenthrombosen (nach der Gabe des Astra-Zeneca-Impfstoffs) wie einige Tage nach der Impfung auftretende starke oder anhaltende Kopfschmerzen oder Sehstörungen oder nach einigen Tagen auftretende Blutergüsse oder punktförmige Hautblutungen außerhalb der Einstichstelle.

Ich bin nicht schwanger.

Ich habe derzeit kein Fieber über 38,5°C oder andere Hinweise auf einen schweren Infekt.

Ich kann vor der Impfung einen Termin für ein Aufklärungsgespräch über die anstehende Impfung vereinbaren. Derzeit habe ich keine weiteren Frage zur Impfung.

Bei Erstimpfung ist nach Ablauf der jeweils gültigen Abstände eine Zweitimpfung notwendig.

Mir ist bewusst, dass nach der ersten Impfung noch keine vollständige Immunität entsteht und die geltenden AHA-Regeln weiter einzuhalten sind (Abstand halten, Hygiene, Alltagsmaske).

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Impfung gegen das Coronavirus, ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.

Bad Schwartau, \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung