



Dr. med. Peter Engeser
FA für Allgemeinmedizin
Palliativmedizin
Umweltmedizin
Joshua Glassman
FA für Allgemeinmedizin
Palliativmedizin

Hohenzollernstraße 36
75177 Pforzheim
Tel: 07231 / 33318
Fax: 07231 / 359271
Email: praxisinfo@familydoc-pforzheim.de
www.familydoc-pforzheim.de

Impfung gegen Covid-19

Datum:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Anamnese

Besteht derzeit eine akute Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits COVID-19 gehabt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?		
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
Besteht bei Ihnen eine Blutverdünnung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bisherige Impfungen vertragen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Aufklärung

Folgende Impfreaktionen sind häufig: Fieber, Schüttelfrost, grippeähnliche Beschwerden, Schmerz an der Einstichstelle, Kopfschmerz, Muskelschmerz, Ermüdung, Unwohlsein, Gelenkschmerzen, Übelkeit, milde allergische Reaktionen

Folgende Impfkomplikationen sind selten: Thrombosen, Blutungen, Blutplättchenmangel, Herzmuskelentzündung, schwerwiegende allergische Reaktionen

Einverständniserklärung

Ich habe weitere Fragen ja nein

Ich willige in die COVID Impfung mit dem folgenden Impfstoff ein:

<input type="checkbox"/> Biontech/Pfizer (Comirnaty)	<input type="checkbox"/> AstraZeneca (Vaxzevria)
<input type="checkbox"/> Moderna (Covid-19 Vaccine Moderna)	<input type="checkbox"/> Johnson & Johnson (Janssen-Cilag)

.....
Unterschrift

.....
Impfarzt/Impfärztin