



MedizinKarlsruhe.de

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

für Allgemeine und Innere Medizin

F. Dillmann, Dr.med. D. Geiger, Dr.med. H. Goebel, C. Hauf M.Sc.

Hauptbetriebsstätte: Rintheimer Straße 90, 76131 Karlsruhe

www.medizinkarlsruhe.de



Einwilligung in die nächste Boosterimpfung/ Auffrischimpfung

gegen das Coronavirus SARS-CoV2/ COVID-19

(und auf Wunsch die parallele Grippeimpfung)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich habe die Erstimpfung, Zweitimpfung und ggf. weitere Boosterimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV2 gut vertragen?

Ja ☐ Nein ☐

Welche Probleme traten ggf. nach welchen Impfungen auf?

Anzahl meiner bereits erhaltenen Corona-Impfungen:

Anzahl meiner bekannten, bereits durchgemachten Corona-Infektionen:

Ich hatte im laufenden Kalenderjahr bereits eine Corona-Impfung

Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, wann?

Ich hatte im laufenden Kalenderjahr bereits eine Corona-Infektion

Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, wann?

Ich gehöre zu den Personengruppen, denen eine weitere Corona-Auffrischimpfung im Herbst jeden Jahres von der STIKO (Ständige Impfkommission) empfohlen ist:

1. Personen im Alter ≥ 60 Jahre.

Ja ☐ Nein ☐

2. Bewohnende in Einrichtungen der Pflege sowie Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf in Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Ja ☐ Nein ☐

3. Personen mit Grundkrankheiten mit einem erhöhten Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf.

Ja ☐ Nein ☐

z.B.

- ▶ Chronische Erkrankungen der Atmungsorgane [COPD]
- ▶ Chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen.
- ▶ Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen.
- ▶ Adipositas.



► Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS), wie z. B. chronische neurologische Erkrankungen, Demenz oder geistige Behinderung, psychiatrische Erkrankungen oder zerebrovaskuläre Erkrankungen. ► Trisomie 21. ► Angeborene oder erworbene Immundefizienz (z. B. HIV-Infektion, chronisch-entzündliche Erkrankungen unter relevanter immunsupprimierender Therapie, Z. n. Organtransplantation). ► Aktive neoplastische Krankheiten/ Krebserkrankungen	
► Personen mit einem erhöhten arbeitsbedingten Infektionsrisiko in der medizinischen und/oder pflegenden Versorgung mit direktem Kontakt zu Patientinnen und Patienten oder Bewohnenden.	Ja ☐ Nein ☐
► Familienangehörige und enge Kontaktpersonen von Personen, bei denen nach einer COVID-19-Impfung keine schützende Immunantwort zu erwarten ist.	Ja ☐ Nein ☐

- Personen unter Jahren ohne Grundkrankheiten und Schwangeren ohne Grundkrankheiten ist eine Auffrischimpfung NICHT von der STIKO empfohlen!
- Eine Auffrischimpfung, wenn im laufenden Jahr bereits eine Corona Infektion durchgemacht wurde, ist von der STIKO NICHT empfohlen!
- Wichtig: Bei Impfungen, die nicht von den STIKO Impfeempfehlungen abgedeckt sind, gibt es im Falle eines Impfschadens keinen Anspruch auf Versorgung nach §§ 60ff Infektionsschutzgesetz!

Grippeimpfung:

Ich wünsche zusätzlich die öffentliche empfohlene, parallele Grippeimpfung/ Schutzimpfung gegen Influenza (in den anderen Arm als die Corona-Impfung)	Ja ☐ Nein ☐
---	---

Falls Sie noch Fragen bezüglich der Corona-Auffrischimpfung und ggf. Grippeimpfung haben, erfolgt vor Ihrer Impfung noch ein ärztliches Aufklärungsgespräch.
=> sprechen Sie uns bitte an!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

1. daß ich über die aktuell geltenden, offiziellen **STIKO Impfeempfehlungen** für die Corona und Grippe-Impfung informiert bin.
2. daß ich darüber informiert bin, daß bei Impfungen, die nicht von den STIKO Impfeempfehlungen abgedeckt sind, **im Falle eines Impfschadens kein Anspruch auf Versorgung** nach §§ 60ff Infektionsschutzgesetz besteht.
3. daß ich über **Risiken und Nebenwirkungen** der Corona und Grippe-Impfung (einschließlich schwere Impfschäden mit Invalidität und Todesfolge) im Bilde bin.
4. daß ich über die empfohlene **Verhaltensweise nach der Impfung** informiert bin.
5. daß ich die Auffrischimpfung/ Boosterimpfung gegen SARS-CoV2 und ggf. die parallele Grippeimpfung erhalten möchte, und **KEINE weitere ärztliche Aufklärung** wünsche.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Bearbeitungsvermerk, Impfung(-en) durchgeführt von:

Mitarbeiterzeichen

Datum

Impfaufkleber

Oberarm li/ re