



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](http://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 Impfkommision) empfohlen ist:**

**1. Personen im Alter  $\geq 75$  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 im Alter  $\geq 6$  Monate bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung für einen schweren COVID-19-Verlauf infolge einer Grunderkrankung (s. u.)**

Ja ☐ Nein ☐

**Zu den Grunderkrankungen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf gehören:**

- Chronische Erkrankungen der Atmungsorgane (z. B. COPD)
- Chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenerkrankungen
- Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen
- Adipositas (BMI  $\geq 30$ )
- ZNS-Erkrankungen (z. B. chronische neurologische Erkrankungen, Demenz oder geistige Behinderung, psychiatrische Erkrankungen oder zerebrovaskuläre Erkrankungen)



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromale Erkrankungen (z. B. Trisomie 21)</li> <li>• Angeborene oder erworbene Immundefizienz (z. B. HIV-Infektion, chronisch-entzündliche Erkrankungen unter relevanter immunsupprimierender Therapie, Z. n. Organ- oder Stammzell- transplantation, zellbasierte Therapien)</li> <li>• Maligne neoplastische Krankheiten</li> <li>• Schwangerschaftskomplikationen (z. B. Gestationsdiabetes, Hypertonie)</li> <li>• Langzeitfolgen nach COVID-19 (z. B. Long- oder Post-COVID bzw. Postakutes Infektionssyndrom [PAIS])</li> </ul> |                                                           |
| <b>4. Schwangere bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grunderkrankung oder schwangerschaftsassoziierter Komplikationen</b> (z. B. Gestationsdiabetes, Hypertonie) ab dem 2. Trimenon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <b>5. Personal in Pflegeeinrichtungen</b> mit direktem Kontakt zu Bewohnenden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <b>6. Medizinisches Personal mit einem erhöhten tätigkeitsbezogenen Infektionsrisiko für SARS- CoV-2</b> (z. B. Medizinische Notaufnahme, Intensivstation etc.),                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <b>7. Medizinisches Personal, das Risikopatientinnen und -patienten betreut</b> (als Risikopersonen gelten hierbei Personen mit den unter Punkt 3 aufgeführten Grunderkrankungen),                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| <b>8. Familienangehörige und enge Kontaktpersonen ab dem Alter von 6 Monaten von Personen, bei denen nach einer COVID-19-Impfung keine schützende Immunantwort zu erwarten ist.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

#### Grippeimpfung:

|                                                                                                                                                              |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Ich wünsche zusätzlich die öffentliche empfohlene, parallele Grippeimpfung/ Schutzimpfung gegen Influenza (in den anderen Arm als die Corona-Impfung)</b> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

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 und anderer Gesetze 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