

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

mRNA

Schutzimpfung gegen  
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)  
(Grundimmunisierung und Auffrischimpfung)  
mit mRNA-Impfstoff  
(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Stand: 18. November 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: *Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person

(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) angeben:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e.V., Marburg, in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg  
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin

Ausgabe 001 Version 012 (Stand 18. November 2021)



ROBERT KOCH INSTITUT



# Zweitimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Impfreaktionen nach 1. Impfung / Änderungen Anamnese

Stand: 22. Januar 2021

Name, Vorname der zu impfenden Person:  
(bitte in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum:

## Traten nach der ersten COVID-19 Impfung Nebenwirkungen auf?

1. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung eine erhöhte Temperatur (bis 38 °C)?  ja  nein

---

2. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Fieber (mehr als 38 °C)?  ja  nein

---

3. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Schüttelfrost?  ja  nein

---

4. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung systemische Muskelschmerzen?  ja  nein

---

5. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Gliederschmerzen?  ja  nein

---

6. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Kopfschmerzen?  ja  nein

---

7. Trat bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung ein Erschöpfungsgefühl auf?  ja  nein

---

8. Trat bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung ein allgemeines Krankheitsgefühl auf?  ja  nein

---

9. Traten bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung neurologische Symptome auf (z. B. Sensibilitätsstörungen oder Lähmungen)?  ja  nein

---

10. Traten bei Ihnen andere Symptome auf, die eventuell mit der vorangegangenen Impfung im Zusammenhang stehen könnten? (max. 280 Zeichen)

## Hat sich seit der ersten Impfung eine Änderung in der Anamnese ergeben? (neue / geänderte Medikamenteneinnahme, Schwangerschaft usw.)

nein  ja, welche?

Datum, Unterschrift der zu impfenden Person  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Stempel des impfenden Arztes: