

ANAMNESE

Vektor

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfung) – mit Vektor-Impfstoff – (COVID-19 Vaccine Janssen® von Janssen Cilag International/Johnson & Johnson)

Stand: 14. Januar 2022

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Vektorimpfstoff-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

- Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?
 ja nein
- Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?
 ja nein
- Haben Sie¹ bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?
 ja nein
Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____
Datum: _____ Impfstoff: _____
(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)
- Falls Sie¹ bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben:
Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt? ja nein
Haben Sie¹ danach ein Blutgerinnsel (Thrombose) entwickelt? ja nein
- Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?
 ja nein
Wenn ja, wann _____
(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 3 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen.)
- Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche
(z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?
 ja nein
Wenn ja, welche _____
- Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung, nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein oder haben Sie früher an einer Immunthrombozytopenie (Verringerung der Blutplättchenzahl) gelitten?
 ja nein
- Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?
 ja nein
Wenn ja, welche _____
- Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?
 ja nein
Wenn ja, welche _____
- Sind Sie¹ schwanger?
 ja nein
(Eine Impfung mit dem mRNA-Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen, nicht jedoch mit dem hier besprochenen Vektor-Impfstoff.)

¹ ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Vektor

Schutzimpfung gegen
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
(Grundimmunisierung und Auffrischimpfung)
– mit Vektor-Impfstoff –
(COVID-19 Vaccine Janssen[®] von Janssen Cilag International / Johnson
& Johnson)

Stand: 14. Januar 2022

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 Vektor-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:

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 009 (Stand 14. Januar 2022)



ROBERT KOCH INSTITUT

