

Dr. med. Kerstin Lenné
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Fieberambulanz für Erwachsene und Kinder

Weinstr. 23
67146 Deidesheim
impfung@meinekinderaerztin.de

Verbindliche Anmeldung und Einwilligung zur Covid 19 Impfung mittels mRNA Impfstoff (BionTech)

Impftermin 2.12.2021, 9.12.2021, 20.12.2021, 15.01.2022
 zur Erstimpfung
 zur Zweitimpfung, Abstand 2. zu 1.: (3-)6 Wochen, die erste Impfung war am (TT.MM.YY)
 zur Boosterimpfung, Abstand 3. zu 2.: >6 Monate, die erste Impfung war am (TT.MM.YY)
Bisher erhaltene Impfstoffe: Biontech, Moderna, Astrazeneca, Johnson
Erkrankung an Covid19 ? nein, ja, positiver SARS-CoV-2 Test am (TT.MM.YY)

Vorname: Name:
Geb. Datum: Tel:
E-mail: mobil:
Alter zum Impftermin 12-17 Jahre 18-59Jahre >60Jahre
Schwangerschaft aktuell? nein, ja .SSW

Nennenswerte Nebenwirkungen nach 1. oder 2. Impfung nein, ja am (TT.MM.YYYY)
(bitte Impfnebenwirkungskarte mitsenden)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Schwere allergische Reaktion auf Impfungen, Medikamente, Abführmittel.
- Allergische Reaktion auf Polyethylenglykol, Tromethamin oder Polysorbat.
- Mastozytose.
- Hochfieberhafte Infektion in den letzten 4 Wochen.
- Impfung mittels Lebendimpfstoff (zB: Masern/Mumps/Röteln/Windpocken) in den letzten 4 Wochen.

- Ich habe am Impftag keinen Sport betrieben und keine Schmerzmittel eingenommen.
- Ich fühle mich wohl.
- Ich verzichte für 10 Tage nach der Impfung auf Leistungssport.
- Ich habe das Aufklärungsmerkblatt zur Covid19impfung mittels mRNA Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden.
- Ich hatte im Vorfeld Zeit, meine Fragen an die Ärzte über impfung@meinekinderaerztin.de zur richten und zu klären.

Bei Impfung eines Jugendlichen:

- Ich und die Sorgeberechtigten haben die Impfpfempfehlung der STIKO ab 12 "auf einen Blick" gelesen und verstanden.

(Ort), (Datum) (TT.MM.YY)

- Ich willige in die Covid19 Impfung ein (Unterschrift des zu Impfenden)
- Ich willige in die Covid19 Impfung meines Kindes ein (Unterschrift eines Sorgeberechtigten)