

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Sie haben von uns einen Termin zum Impfen gegen das Corona-Virus bekommen. Wir freuen uns darauf, Sie und Ihre Angehörigen zu schützen.

Bitte bringen Sie folgenden Unterlagen mit zum Impftermin:

1. **Einen Ausdruck des untenstehenden Fragebogens (Seite 2)**
Wir gehen, wenn Sie zur Impfung kommen, davon aus, dass Sie sich vorher umfassend informiert haben. Dazu gehen Sie auf die Homepage des RKI, auf der die Aufklärungsbögen aller Impfstoffe aktualisiert zur Verfügung stehen.
Die Aufklärungsbögen bringen Sie nicht mit.
2. **Ihren Impfpass**
3. **Ihre Berechtigungsunterlagen** für die frühe Impfung gemäß der Priorisierungsliste, wenn vorhanden.
4. **Ihre Versichertenkarte**
Sollten Sie privat versichert sein, werden wir einen speziellen Abrechnungsschein anlegen.

Eine Impfung bei Ihnen ist nicht möglich, wenn Sie

- die letzten 14 Tage mit einem anderen Wirkstoff geimpft worden sind.
- innerhalb der letzten 6 Monate an Corona erkrankt waren
- Sie wegen einer schweren allergischen Reaktion (Schock) in der Klinik behandelt worden sind oder in der Vergangenheit schwere Impfreaktionen hatten
- eine erhöhte Temperatur aufweisen (bitte zu Hause vor der Impfung messen)

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich für Schäden, die durch die Impfung entstehen, nicht verantwortlich gemacht werden kann.

Dr. med. Michael Heise

Impfung gegen das Corona-Virus in der Praxis Dr. Heise

Ich,

Name

Vorname

geboren am

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon (Mobiltelefon)

... bin impfberechtigt gem. allgemeiner oder beruflicher Indikation.

... habe mich auf der Homepage des RKI über die aktuell bekannten Risiken und Nebenwirkungen der Impfstoffe von BionTech/Pfizer, Astra Zeneca und Moderna sowie anderer zugelassener Impfstoffe ausreichend informiert und dazu keine Fragen mehr.

... bzw. habe in einem abschließenden Gespräch mit Dr. M. Heise Gelegenheit gehabt, die offenen Fragen zu besprechen.

... nehme keine Medikamente, die das Blut verdünnen.

... habe bisher keine schwere allergische Reaktion (Schock/Notfall/„Anaphylaxie“) gehabt

... bin nicht an Covid-19 erkrankt oder erkrankt gewesen (6 Monate)

... habe die letzten 14 Tage keine Impfung bekommen

... zusätzlich wurde besprochen: _____

... bin heute auf eigenen Wunsch hier zur Erstimpfung Zweitimpfung, bin mir bewusst, dass es ein geringfügiges Risiko für Komplikationen durch die Impfung geben kann und wünsche die Impfung ausdrücklich.

Datum

Unterschrift Patient(in)

Unterlagen überprüft, Impfung mit der Ch.Nr. _____ am _____

um _____ Uhr. Patient(in) nach Nachbeobachtungszeit um _____ Uhr entlassen.

Unterschrift Arzt