

Name, Vorname	Geburtsdatum
Personal- oder Matrikelnummer	Tätigkeit
Arbeitgeber, Abteilung / Dienststelle	

Einwilligungserklärung zu Schutzimpfung(en) gegen

☐ Influenza

☐ COVID-19

Chargenaufkleber	Lokalisation ☐ RDM ☐ LDM ☐	Chargenaufkleber	Lokalisation ☐ RDM ☐ LDM ☐
---	--	---	--

Hiermit erkläre ich, dass folgende Impfvoraussetzungen gegeben sind:

1. Ich fühle mich nicht akut erkrankt und habe kein Fieber.
2. In den letzten 14 Tagen wurde ich nicht geimpft.
3. Bei einer COVID-19-Impfung: Ich wurde bereits gegen COVID-19 geimpft: ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, mit welchem Impfstoff, wie oft und wann zuletzt?
4. Allergien gegen mögliche Bestandteile von Impfstoffen wie z.B. Eibestandteile (Hühnerproteine, Ovalbumin, bovines Albumin), Streptomycin, Neomycin, Polymyxin B, Formaldehyd/Glutaraldehyd, Octoxinol 9 oder Aluminiumhydroxid bzw. -phosphat liegen bei mir nicht vor bzw. sind mir nicht bekannt. Allergische Reaktionen im Rahmen von Schutzimpfungen sind bisher nicht aufgetreten.
5. Ich nehme keine gerinnungshemmenden Medikamente (z.B. Marcumar) oder das Immunsystem unterdrückende Medikamente ein bzw. habe die Impfärztin/den Impfarzt über eine solche Einnahme informiert.
6. Ich habe keine chronischen Grunderkrankungen bzw. habe die Impfärztin/den Impfarzt beim Vorliegen solcher darüber informiert.
7. Im Falle einer bestehenden oder vermuteten bzw. geplanten Schwangerschaft habe ich die Impfärztin/den Impfarzt darüber informiert.
8. Ich bin über die zu verhütende Krankheit und deren Behandlungsmöglichkeiten, den Nutzen der Impfung, die Kontraindikationen, die Durchführung der Impfung, den Beginn und die Dauer des Impfschutzes, mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Impfkomplicationen, das Verhalten nach der Impfung, die Notwendigkeit und die Termine von Folge- und Auffrischimpfungen informiert.
9. Die Aufklärung zur Schutzimpfung habe ich verstanden.
Ich habe keine weiteren Fragen an die Impfärztin/den Impfarzt.
Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.
10. Bemerkungen:

Datum

.....
Unterschrift Beschäftigte/Beschäftigter

.....
Name und Anschrift der Impfärztin/des Impfarztes
Unterschrift