

ANAMNESE

mRNA

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen) mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® 10 µg bzw. 30 µg von BioNTech/Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Stand: 15. Februar 2022

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Имя Фамилия вакцинирующегося

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum день рождения _____

Anschrift адрес регистрации (в данный момент) _____

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? Есть ли в данный момент заболевание с температурой
 ja nein
2. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden? Проходили ли вы какую-либо вакцинацию за последние 14 дней
 ja nein
3. Wurden Sie¹ bereits gegen COVID-19 geimpft? Были ли вы уже привиты от от Ковид-19
 ja nein
Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: дата Impfstoff: вакцина
Если да, то когда и какой вакциной Datum: _____ Impfstoff: _____
Datum: _____ Impfstoff: _____
- (Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.) (принесите сертификат вакцинации)
4. Falls Sie¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt? 4. Если вы уже были привиты от Ковид-19, были ли у вас аллергические реакции?
 ja nein
Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten? Были ли какие-либо иные побочные эффекты?
 ja nein если да, то какие
Wenn ja, welche _____
5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? 5. Болели ли Вы Ковидом?
 ja nein если да, то когда
Wenn ja, wann _____
(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 3 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen.
Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)
6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)? 6. Есть ли у Вас хроническое заболевание или иммунодефицит (например из-за химиотерапии или иммуносупрессивной терапии)
 ja nein
Wenn ja, welche _____
7. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? 7. Страдаете ли вы нарушением свертываемости крови или принимаете препараты, разжижающие кровь?
 ja nein
8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt? 8. Есть ли у Вас известные вам аллергии
 ja nein если да, то какие
Wenn ja, welche _____
9. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? 9. возникали ли аллергические реакции или иные побочные реакции после любых других прививок?
 ja nein если да, то какие
Wenn ja, welche _____
10. Sind Sie schwanger¹? (Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.) Беременность? если да, то какая неделя
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)? ja SSW _____ nein
неделя

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

mRNA

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen) mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® 10 µg bzw. 30 µg von BioNTech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Stand: 15. Februar 2022

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) Фамилия, имя

Geburtsdatum дата рождения

Anschrift адрес

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

Я принял к сведению содержание информационной брошюры и имел возможность подробно обсудить это с врачом.

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

У меня больше нет вопросов, и я отказываюсь от медицинской консультации.

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

Я даю согласие на предлагаемую вакцинацию против COVID-19 мРНК-вакциной.

Ich lehne die Impfung ab.

Я отказываюсь от прививки.

Anmerkungen другое

Ort, Datum место / дата

подпись

Unterschrift der zu impfenden Person

подпись врача

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. **ЗАПОЛНЯТЬ РОДИТЕЛЮ РЕБЁНКА**

подпись родителя / опекуна

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 Фамилия, имя родителя

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 015 (Stand 15. Februar 2022)



ROBERT KOCH INSTITUT

