

EINWILLIGUNG zur Covid 19 Impfung in unserer Praxis
und Erklärung zum Datenschutz 20210410

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
.....

Bitte füllen Sie vor dem Besuch unserer Praxis alle Felder aus und kreuzen Sie Zutreffendes an und bringen Sie diesen Zettel zur Impfung mit. Bitte klären Sie offene Fragen rechtzeitig in den Tagen vor der Impfung, z.B. in unserer Telefonsprechstunde täglich 1200 bis 1300 Uhr (Tel Mr- 67024).

- Ich habe zur Zeit kein Fieber (aktuelle Körpertemperatur über 38,5 ° Celsius).
- Ich bin in den letzten 6 Monaten nicht an Covid19 erkrankt.
- Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (zB mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen nicht geimpft.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt und habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Für Frauen im gebärfähigen Alter: ich bin nicht schwanger. Ich stille nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß ich die aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbögen (Material der Praxis oder von der Internetseite des RKI) zur Kenntnis genommen habe und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

Datum:

Unterschrift:

Unterschrift Ärztin/Arzt:.....

Bitte bringen Sie zur Impfung mit: Versichertenkarte diese vollständig ausgefüllte EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ggf. Impfausweis
