



Schutzimpfung gegen Covid-19

Name der zu impfenden Person: _____

Geburtsdatum: _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblatts zur Schutzimpfung gegen Covid-19 mit mRNA-Impfstoffen (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer) zur Kenntnis genommen. ja

Besteht bei Ihrem Kind derzeit eine akute Erkrankung oder Fieber? ja nein

Hat Ihr Kind bereits eine Corona-Infektion (Covid-19) durchgemacht? ja nein
Wenn ja, wann: _____

Wurde Ihr Kind bereits gegen Covid-19 geimpft? ja nein
Wenn ja, wann: _____
Wenn ja, wurde die Impfung gut vertragen? ja nein

Leidet Ihr Kind an einer Blutgerinnungsstörung? ja nein

Sind bei Ihrem Kind Allergien bekannt? ja nein
Wenn ja, reagierte Ihr Kind früher allergisch gegen eine Impfung?
 ja nein

Traten bei Ihrem Kind nach einer früheren, anderen Impfung schwere oder ungewöhnliche Reaktionen auf? ja nein

Jugendliche: ist Ihre Tochter schwanger? ja nein

Ist Ihr Kind in den letzten 14 Tagen geimpft worden? ja nein

Ich hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die Impfung meines Kindes mit Comirnaty® von BioNTech/Pfizer ein.

Bitte mitbringen: Ausdruck von diesem Fragebogen, Impfpass und Versicherungskarte. Danke.
Überwachungszeit nach der Impfung in/vor der Praxis: 15 Minuten (Begleitperson erforderlich).

Anmerkungen:

Weil der Stadt, den _____

Unterschrift Eltern

Unterschrift Ärztin/Arzt