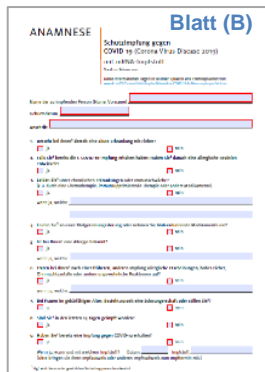




# SCHUTZ-IMPfung COVID-19: HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN

Bitte lesen Sie die folgenden Unterlagen aufmerksam durch:

- **Blatt (A): Aufklärungs-Merk-Blatt**
- **Blatt (B): Anamnese**
- **Blatt (C): Einwilligung-Erklärung**



ANLEITUNG

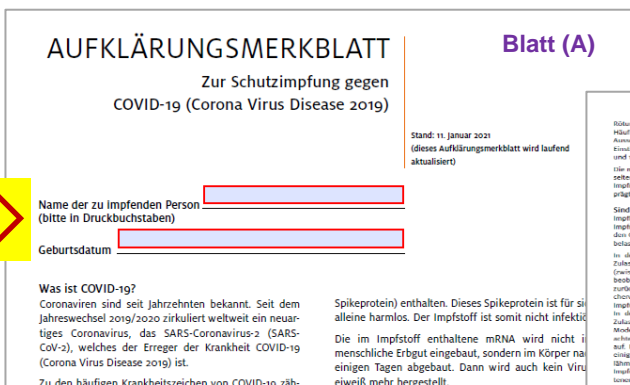
## 1. SCHRITT: AUFKLÄRUNGS-MERK-BLATT

Auf dem **Aufklärungs-Merk-Blatt BLATT (A)** stehen wichtige Informationen zur **Covid19 Schutz-Impfung**.

Bitte tragen Sie in das Aufklärungs-Merk-Blatt Ihren Namen und Ihr Geburts-Datum ein.

Wenn Sie das Aufklärungs-Merk-Blatt gelesen und verstanden haben, können Sie unterschreiben.

Sollten Sie noch Fragen zu der Impfung haben, können Sie zum Beispiel auch Ihren Haus-Arzt fragen.



**2. SCHRITT: ANAMNESE**

Die Anamnese ist wichtig: Damit weiß der Impf-Arzt, ob er Sie impfen kann.

Bitte füllen Sie das **ANAMNESE - BLATT (B)** aus.

Sollten Sie sich unsicher fühlen, fragen Sie Ihren Haus-Arzt.

**ANAMNESE** **BLATT (B)**

Schutzimpfung gegen  
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Stand: 02. Februar 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:  
[www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19\\_Aufklaerungsbogen\\_Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19_Aufklaerungsbogen_Tab.html)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Anschrift

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  
 ja  nein

2. Falls Sie<sup>1</sup> bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?  
 ja  nein

3. Leiden Sie<sup>1</sup> unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?  
 (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)  
 ja  nein

wenn ja, welche



ANLEITUNG

**BITTE BEACHTEN**

In der Werkstatt messen wir kurz vor Ihrer Impfung, ob sie Fieber haben.

Die 1. Frage „**akute Erkrankung mit Fieber**“ wird damit erst am **Impf-Tag** in der Werkstatt beantwortet.

Sollten Sie einen Tag vor Ihrem Impf-Termin krank sein und/ oder bereits Fieber haben, sagen Sie bitte Ihren Impf-Termin bei der Werkstatt ab !

**Anderes Impf-Angebot**

Wurden Sie schon an einem anderen Ort geimpft, z.B. bei Ihrem Wohn-Anbieter? Dann vermerken Sie es bitte hier:

9. Haben Sie<sup>1</sup> bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?  ja  nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum:  Impfstoff:

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

<sup>1</sup> Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet



### 3. SCHRITT: EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

Wer sich impfen lassen möchte, muss der Impfung zustimmen und das mit der **Einwilligungs-Erklärung BLATT (C)** bestätigen.

**!** Wenn Sie mit der Impfung **einverstanden** sind, dann müssen Sie diesen Satz ankreuzen:

**EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG** **BLATT (C)**

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Stand: \_\_\_\_\_

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

Ich habe keine weiteren Fragen.

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

Ich lehne die Impfung ab.

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: \_\_\_\_\_

Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin) \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_

**BITTE BEACHTEN**

Am **Impf-Tag** spricht der Impf-Arzt nochmal kurz mit Ihnen über die Impfung. Mit Ihrem Einverständnis trägt er erst dann **Ort, Datum** ein und unterschreibt.

**!** Wenn Sie mit der Impfung **nicht einverstanden** sind, dann müssen Sie diesen Satz ankreuzen:

**EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG** **BLATT (C)**

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Stand: \_\_\_\_\_

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

Ich habe keine weiteren Fragen.

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

**Ich lehne die Impfung ab.**

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: \_\_\_\_\_

Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin) \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_

ANLEITUNG

Wenn Sie alle Unterlagen unterschrieben haben, bitte sofort an die Werkstatt zurück-geben.

#### 4. SCHRITT: RÜCKGABE

Am nächsten Tag, spätestens am 5. März 2021:

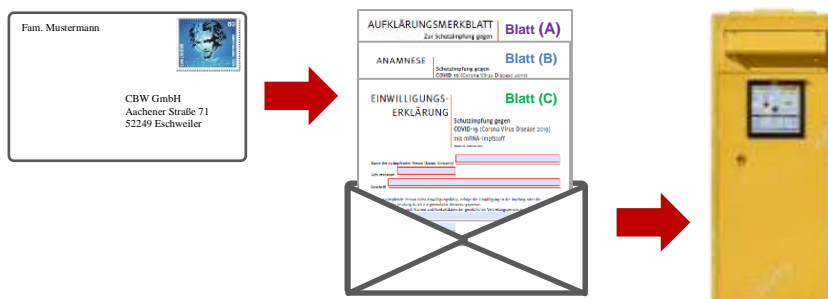
- das unterschriebene **Aufklärungs-Merk-Blatt** | **Blatt (A)**
- den ausgefüllten **Anamnese-Bogen** | **Blatt (B)**
- die unterschriebene **Einwilligungs-Erklärung** | **Blatt (C)**
- Ihren gültigen **Personal-Ausweis** für eine Kopie oder ein Foto von Ihrem Personal-Ausweis auf einem Smart-Phone, auf einer Speicher-Karte oder auf einem USB-Stick.  
Das Foto bitte 1 x von der Vorder-Seite und 1 x von der Rück-Seite machen.

#### Sie können die Unterlagen nicht mit in die Werkstatt bringen?

Dann bitte alle Unterlagen in den Brief-Umschlag mit der Brief-Marke stecken:

- das unterschriebene **Aufklärungs-Merk-Blatt** | **Blatt (A)**
- den ausgefüllten **Anamnese-Bogen** | **Blatt (B)**
- die unterschriebene **Einwilligungs-Erklärung** | **Blatt (C)**
- **Kopie oder Foto** von Ihrem gültigen **Personal-Ausweis**  
1 x von der Vorder-Seite und 1 x von der Rück-Seite.

Den Brief-Umschlag können Sie jetzt einfach in die Post geben.  
Dann kommen die Unterlagen bei der CBW GMBH im Werk an.



Vielen Dank für die Unterstützung!

Ihr CBW-Team