



Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Sie erhalten heute den **Impfstoff Vaxzevria® der Firma AstraZeneca** gegen das Corona Virus.

Bei mir sind Arzneimittel- oder Impfstoffallergien bekannt. ja nein
Falls ja, welche: _____

Ich nehme eine blutverdünnende Medikation ein. ja nein
Falls ja, welche: _____

Bei mir ist eine Blutgerinnungsstörung bekannt. ja nein
Falls ja, welche: _____

Ich wurde bereits mit einem Impfstoff gegen das Corona-Virus
geimpft bzw. bei mir wurde bereits eine Corona-Virus Infektion
diagnostiziert? ja nein
Falls ja, Zeitpunkt der Impfung / Infektion: _____

Ich habe heute Fieber oder andere akute Infektsymptome. ja nein

Für Frauen im gebärfähigen Alter – besteht derzeit eine
Schwangerschaft? ja nein

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes des RKI zur
Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem
ausführlichen Arztgespräch, um etwaige Fragen zu klären. ja nein

Ich bin mit der heutigen Impfung mit dem o.g. Impfstoff einverstanden. ja nein

Hamburg, den _____

Unterschrift: _____