



Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sie erhalten heute den **m-RNA Impfstoff COMIRNATY® der Firma Biontech / Pfizer** 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: \_\_\_\_\_