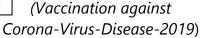
Krankenkasse bzw. Kostenträger				
Name, Vorname der/s Versicherten				
			geb. am	
			geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status	
BetriebsstNr.	LANR		Datum	



## Dokumentation der SCHUTZIMPFUNG GEGEN COVID-19





Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

□ Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 37,5 °C / ggf. Messung: \_\_\_\_\_\_°C)

□ Ich war innerhalb der letzten 6 Monate nicht an Covid-19 ("Corona") erkrankt.

□ Ich hatte bisher keine lebensbedrohliche Allergie (z.B. mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).

□ Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt.

■ Ich habe keine weiteren Fragen.

□ Ich lehne die Impfung ab.

## Anmerkungen:

Die Impfung kann für 1-3 Tage Fieber, Durchfall, Kopfschmerzen, allgemeine Müdigkeit sowie Rötung, Schmerzen und Schwellungen im Bereich der Einstichstelle auslösen.

Bitte informieren Sie uns bei darüber hinaus gehenden Nebenwirkungen.

Außerhalb der Sprechzeiten wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Bereitschaftsdienst unter **11 6 11 7**.

Bei lebensbedrohlich erscheinenden Notfällen wählen Sie den Notruf **112**.

\* Hilfestellung! Juristisch nicht erforderlich, vgl. https://tinyurl.com/jrwyx6a

© Claus, C., Popert, U. Stand: 04.12.2021

ggt	f. zum Ausschneiden und Einkleben	in den Impfpass:		
BESCHEINIGUNG ÜBER IMPFUNGEN GEGEN SARS-COV-2 ("CORONA-VIRUS")  © Certificate of vaccination against SARS-CoV-2 (Covid-19)				
ten falte	<u> </u>			
Name, Vorname Last name, first name		Geburtsdatum <i>Date of birth</i>		
Datum	Impfstoff/Hersteller/Charge Vaccine/Company/batch no.	Stempel/Unterschrift Sign/Signature		
	BionTech/Pfizer  Moderna  Oxford/AstraZeneca  other:  chster Impftermin (Datum): ccination appointment (date):  BionTech/Pfizer  Moderna			
Fläche zu	Oxford/AstraZeneca other:			
Grundimmunisierung vollständig.  Basic immunization complete.				