

Hausarztpraxis Weissenstein

Anamnese und Einwilligung

zur Schutzimpfung gegen COVID-19 mit COVID-19 Vaccine Moderna®

1. Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____

2. Anamnese

Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber NEIN JA

Nehmen Sie regelmässig Mittel zur Gerinnungshemmung («Blutverdünnung»)? NEIN JA

Sind Sie allergisch auf Medikamente? NEIN JA

Sind Sie allergisch auf Polyethylenglycol (PEG)? NEIN JA

Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere, ungewöhnliche Reaktionen auf? NEIN JA

Sind Sie schwanger? NEIN JA

3. Informationen zu unerwünschten Wirkungen

Gemäss den aktuellen Informationen der Impfstoffhersteller gibt es bisher keine Sicherheitsbedenken. Der Impfstoff ist gut verträglich. Wie bei allen Medikamenten können Impfstoffe Nebenwirkungen verursachen. Sie sind meistens mild und von kurzer Dauer.

Zu den häufigen Nebenwirkungen gehören:

- Reaktion an der Einstichstelle wie Schmerzen, Rötungen und Schwellungen;
- Kopfschmerzen, Müdigkeit
- Muskel- und Gelenkschmerzen
- allgemeine Symptome wie Schüttelfrost, Fiebergefühl oder leichtes Fieber

Sehr selten kann es zu schweren Nebenwirkungen kommen, beispielsweise zu einer allergischen Reaktion. Eine solche Reaktion tritt meist unmittelbar nach der Impfung auf. Bei Personen, bei denen bereits schwere allergische Reaktionen aus der Vergangenheit bekannt sind, müssen im Fall einer Impfung entsprechende begleitende Vorsichtsmassnahmen eingehalten werden. Ernste, dauerhafte Nebenwirkungen sind bisher nicht bekannt. Es werden weiterhin Daten von den Behörden und Herstellerfirmen gesammelt. Ebenfalls werden die Sicherheit und Wirksamkeit der Impfstoffe laufend überwacht. Sollten Symptome auftreten, die Sie beunruhigen, so informieren Sie bitte unverzüglich uns oder einen anderen Arzt.

4. Einwilligung

Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen. Des Weiteren bestätige ich, das angefügte Informationsmaterial des Bundesamts für Gesundheit (BAG) gelesen zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach der ersten Impfung 15 Minuten zur Überwachung in der Praxis bleiben muss. Ich habe keine weiteren Fragen; diese wurden vorgängig mit der behandelnden Fachperson besprochen. Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Durchführung der Injektion einverstanden bin und dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind.

Ort/Datum: _____

Unterschrift des/r Patienten/in: _____