

«Ärztliche Impferklärung» zur Impfung gegen SARS-CoV-2

Patientin/Patient:

Geburtsdatum:

Adresse:

ID oder Passnummer

Impftermin (Datum)

Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten, z. B. Xarelto, Eliquis, Marcoumar, Heparin:

Nein Ja, folgende:

Bestehen Allergien auf Bestandteile des Impfstoffes (v.a. Polyethylenglycol) /andere:

Nein Ja, folgende:

Bisherige Impf-Komplikation/en (z.B. allergische Reaktionen, hohes Fieber)

Nein Ja, folgende:

Andere Impfung/en in der letzten Woche:

Nein Ja, folgende:

Besteht eine schwere Erkrankung mit Auswirkung auf das Immunsystem (z.B. Leukämie)?

Nein Ja, folgende:

Bestand / besteht in den letzten zwei Wochen / aktuell ein fieberhafter Infekt?

Nein Ja, folgende:

Bestand in den letzten 3 Monaten eine COVID-19 Erkrankung?

Nein Ja, positiv getestet am:

Wenn ja: Symptomfrei? Ja, seit:

!! Bitte IMPFAUSWEIS mitbringen !!

Ich wurde in einem Impfgespräch über folgende Punkte aufgeklärt (informierte Einwilligung)

- Die Impfung: Typ, Zahl der Injektionen, Vor- und Nachteile, Verträglichkeit, Wirksamkeit, Nebenwirkung (inkl. der Tatsache, dass derzeit noch nicht alle Risiken bekannt sind (z.B. allfällige Langzeitschäden))
- die weiter geltenden individuellen Schutzmassnahmen (Abstand, Maske, Hygiene, etc.)
- Alternativen zur Impfung: Erkrankung, medikamentöse Behandlung
- wie bei unerwünschten Wirkungen (UIE) vorzugehen ist
- die für mich kostenlose Impfung
- ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen

Ich möchte mich impfen lassen: Ja Nein

Bei der Covid-19-Impfung werden die Daten zu den durchgeführten Impfungen auch elektronisch erfasst und für statistische Zwecke anonymisiert ausgewertet. Ich bin mit der Datenerhebung einverstanden: Ja Nein

Meine Daten sollen im elektronischen Impfausweis erfasst werden (mycovidvac.ch): Ja Nein
(Falls ja: Bitte gerne Registratur vorher abschliessen!)

Ort / Datum Unterschrift Patient/in _____

Wird durch die Praxis ausgefüllt:

Körper-Temperatur vor der Impfung: _____ °C

Ärztliche Beurteilung: Die Impfung wird empfohlen: Ja Nein

Datum, Unterschrift, Stempel Hausärztin / Hausarzt: