

Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen Covid-19 mit mRNA-Impfstoffen, Fragen zur Gesundheit

Comirnaty® Varianten-adaptiert (30µg/Dosis) von BioNTech/Pfizer - Stand 2026

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

Krankenkasse (z.B. AOK Hessen, AOK BaWü, Techniker, ...): _____

Versicherten-Nummer (wenn GKV): _____



Ich habe das FI-Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen Covid-19 sowie die allgemeinen Hinweise zu Schutzimpfungen gründlich durchgelesen, deren Inhalte zur Kenntnis genommen und hatte die Gelegenheit, Unklarheiten in einem Gespräch mit der Impf-Apotheker(in) zu klären und weiterführende Informationen zu erhalten.

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das apothekerliche Aufklärungsgespräch.
- ☐ Ich habe ein erhöhtes arbeitsbedingtes Sars-CoV-2-Infektionsrisiko oder ein erhöhtes Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf, sodass nach der Impfberatung, Aufklärung und Bewertung durch die Impf-Apothekerin eine Indikation für eine Impfung besteht (→ STIKO-Empfehlungen* u. i.d.F. Kostenübernahme durch Krankenkassen).
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung gegen Covid-19 mit mRNA-Impfstoff einverstanden.
- ☐ Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung bin ich informiert.

1. Sind Sie akut erkrankt (z. B. Infekt mit Fieber über 38,5°C)? ☐ Ja ☐ Nein
2. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (auch durch Arzneimittel bedingt)? ☐ Ja ☐ Nein
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. für eine Immuntherapie oder zur Blutverdünnung)? ☐ Ja ☐ Nein _____
4. Haben Sie Allergien (insbesondere gegen Hühnereiweiß oder Medikamente)? ☐ Ja ☐ Nein _____
5. Wurden Sie in den vergangenen vier Wochen geimpft? (Wenn ja, mit welchem Impfstoff?) ☐ Ja ☐ Nein _____
6. Trat nach einer Impfung schon einmal eine Schwäche oder Ohnmacht auf? ☐ Ja ☐ Nein
7. Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Anmerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift des Impflings bzw. des/der Sorgeberechtigten

Unterschrift des Apothekers/der Apothekerin

*alle Personen ab 75 Jahren

Personen ab 6 Monaten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung für einen schweren COVID-19-Verlauf infolge einer Grunderkrankung*

Bewohnende von Einrichtungen der Pflege sowie Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Schwangere bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge einer Grunderkrankung oder schwangerschaftsassoziierter Komplikationen (z. B. Gestationsdiabetes, Hypertonie) ab dem 2. Trimenon

Personal in Pflegeeinrichtung mit direktem Kontakt zu Bewohnenden

Medizinisches Personal mit einem erhöhten tätigkeitsbezogenen Infektionsrisiko für SARS-CoV-2 (z. B. Medizinische Notaufnahme, Intensivstation etc.)

Medizinisches Personal, das Risikopatienten betreut (als Risikopersonen gelten hierbei Personen mit den unten aufgeführten Grunderkrankungen, die gesundheitlich besonders gefährdet sind)

Familienangehörige und enge Kontaktpersonen ab dem Alter von 6 Monaten von Personen, bei denen nach einer COVID-19-Impfung keine schützende Immunantwort zu erwarten ist

Inhaber: **Bahnhof-Apotheke Eberbach, Inh. A. Knecht & F. Knecht oHG**

e-mail: **bahnhof@apotheke-eberbach.de**

www: **https://www.apotheke-eberbach.de**

Tel: **(+49) 06271 – 54 56 Fax 06271 – 71 420**

Registergericht: **MA HRA 712724**

IK : **307001017**

USt-IdNr.: **DE457323768**

Volksbank Neckartal eG

IBAN: DE19 6729 1700 0020 6827 01 BIC: GENODE61NGD