

PIVIMED Hausarztpraxis in DT-Pivitsheide
Dr.F.Schädel FA für Allgemeinmedizin, C.Eiken FA für Innere Medizin
32758 Detmold Stoddartstr. 19
Telefon: 05232-9750950 E-Mail: info@pivimed.de

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Comirnaty Original/Omicron BA.4-5® von BioNTech/Pfizer, Comirnaty 30 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5

- | | |
|---|---|
| ☐ 1. Impfung/Grundimmunisierung | ☐ 2. Impfung/Abschlussimpfung |
| ☐ 3. Impfung Booster | ☐ 4. Impfung |
| ☐ 5. Impfung | ☐ 6. Impfung |

NAME: _____ VORNAME: _____ GEB: _____

Haben Sie die Impfungen (bis auf die normalen Impfreaktionen) gut vertragen:

- ☐ Ja ☐ Nein

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes/ Internet RKI / Homepage zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfährtin / meinem Impfarzt.

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html>

☐ Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

☐ Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein.

☐ Ich willige auch in künftige von der Ständigen Impfkommision (STIKO) vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 ein (mit entsprechend empfohlenen Impfstoffen des RKI).

☐ Ich lehne die Impfung ab.

☐ Ich lehne künftige Impfungen ab.

Anmerkungen:

Ort, Detmold **Datum:** _____

Unterschrift zu impfenden Person/Vertreter Unterschrift des Arztes / der MFA / der KS
