



Dr. med. Mona Wendrich-Rönne
Facharztpraxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Einwilligung zur Impfung mit Comirnaty von Biontech/Pfizer

Name, Vorname, Geburtsdatum und Telefonnummer der zu impfenden Person

- Ich leide derzeit nicht an einer fieberhaften Erkrankung.
- Ich bin in den letzten 14 Tagen nicht geimpft worden.
- Ich habe noch keine COVID-19-Impfung erhalten.
Wenn doch, wann und welche? _____
- Ich habe bisher keinen allergischen Schock erlitten, keine allergischen Reaktionen nach Impfungen entwickelt, insbesondere ist bei mir keine Allergie gegen Polyethylenglykol (PEG) bekannt.
- Ich habe keine Blutungsneigung bzw. nehme keine blutverdünnenden Medikamente.
Wenn doch, welche? _____

Ich habe den Inhalt des aktuellen Aufklärungsblattes zu mRNA-Impfstoffen des Robert-Koch-Institutes zur Kenntnis genommen und bin insbesondere über das Risiko einer Herzmuskelentzündung nach Impfung mit diesem Impfstoff informiert. Sollten in den ersten Wochen nach der Impfung entsprechende Symptome wie Brustschmerzen und eingeschränkte körperliche Belastbarkeit auftreten werde ich unverzüglich einen Arzt aufsuchen.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass in Schwangerschaften und Stillzeiten nur begrenzte Erfahrungen mit diesem Impfstoff bestehen und Spikevax daher nicht empfohlen wird.

Mir ist bekannt, dass im Falle einer vorangegangenen Infektion mit SARS-Cov-2 ein Abstand von mindestens 6 Monaten zur einer COVID-19-Impfung empfohlen wird.

Ich bin über die empfohlene Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten informiert.

- Ich willige in die Impfung mit Comirnaty von Biontech/Pfizer ein.**

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/ Patient