

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/s Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsst.-Nr.	LANR	Datum



Dokumentation der
SCHUTZIMPfung
GEGEN COVID-19
*(Vaccination against
 Corona-Virus-Disease-2019)*



Einwilligung zur Impfung und Erklärung zum Datenschutz:

- Ich bin fieberfrei (aktuelle Körpertemperatur < 38,5 °C / ggf. Messung: _____ °C)
- Ich war innerhalb der letzten 6 Monate **nicht** an Covid-19 („Corona“) erkrankt.
- Ich hatte bisher **keine** lebensbedrohliche Allergie (z.B. mit Notarzteinsatz oder einer Krankenhausbehandlung).
- Ich wurde in den letzten 14 Tagen **nicht** geimpft.
- Ich wurde ausreichend über die Erkrankung und die Impfung aufgeklärt.
Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ich lehne die Impfung ab.
- Zusätzlich, für Frauen im gebärfähigen Alter: Ich bin **nicht** schwanger. Ich stille **nicht**.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den aktuellen Aufklärungs- und Einwilligungsbogen (vgl. <https://t1p.de/dm9k>) zur Kenntnis genommen zu haben und stimme der gesetzlich vorgeschriebenen Datenverarbeitung zu.

 Ort, Datum

 Unterschrift Impfling / Betreuer/in /
 (Vor-) Sorgeberechtigte/r

 Unterschrift Ärztin/Arzt