

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Paul Pieper
Dr. med. Lisa Cerasani-Pieper
Fachärzte für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren
und Chirotherapie
Ringstrasse 72 | 53225 Bonn | Tel.: 0228-462929 | Fax.: 0228-42057

Charge/Typ

--

ER ST	ZW EIT	EBM vollst
DRI TT	VIE RTE	HZ Aufk

ID: _____ (von der Praxis auszufüllen)

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Schutzimpfung

Vorname, Name _____ Geb. am _____

Handy.: _____ Alter: _____

Ich habe den Inhalt des RKI Aufklärungsbogens zur Kenntnis genommen Ja

Ich habe keine Fragen vor der Impfung und ein separates ärztliches Gespräch zur Impfberatung wünsche ich nicht Ja

HZ
!

Ich habe noch folgende Frage: _____

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein Ja

Vor Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten: _____

Sie haben aktuell keinen Infekt? Ja

Sie sind NICHT schwanger? Ja

Bisher KEINE Allergien, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach Impfungen Ja

Keine Impfung in den letzten 2 Wochen? Ja

Sie nehmen KEINE Blutverdünner wie Marcumar, Xarelto, Pradaxa, Eliquis Ja

bisher KEIN gehäuftes Auftreten persönlich oder familiär von Thrombosen /Embolien Ja

Es sollen folgend (e) Impfung (en) durchgeführt werden

Covid-19 mRNA-Impfung:

- Biontech/Pfizer (comirnaty)**
- BA.1 Biontech/Pfizer (comirnaty) ab 3. ! Impfung**

Ja

Bonn, den _____ Unterschrift des Impflings _____

Impfung
durchgeführt HZ