

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)

Einverständnis zur Covid-Impfung

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 bin > 12 J und wünsche die 1.-3. Covid Impfung nach STIKO Empfehlung Ja

Ich bin > 60 J und wünsche die 4. Covid Impfung nach STIKO Empfehlung Ja

Ich bin < 60 J und wünsche die 4. Covid Impfung wegen Vorerkrankungen Ja

Ich bin < 60 J und wünsche die 4. Covid Impfung als med. Personal Ja

Ich bin < 60 J und wünsche die 4. Covid Impfung explizit (ohne STIKO) 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 besondere Impf-Reaktionen 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**
- BA.4/BA.5 Biontech/Pfizer (comirnaty) ab 3. ! Impfung sofern verfügbar**

Bonn, den _____ Unterschrift des Impflings _____

Impfung
durchgeführt HZ