

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

ER ST	ZW EIT	EBM vollst
HZ Aufkl.		

**ID:** \_\_\_\_\_ (von der Praxis auszufüllen)

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer Schutzimpfung

Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geb. am \_\_\_\_\_

Handy.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des **Aufklärungsbogen** zur Kenntnis genommen.  
ein separates ärztliches Gespräch zur Impfberatung wünsche ich nicht Ja O

Ich habe noch folgende Frage: \_\_\_\_\_

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ja O

Vor Durchführung der Impfung wird zusätzlich um folgende Angaben gebeten: \_\_\_\_\_

Sie haben aktuell keinen Infekt? Ja O

Sie sind NICHT schwanger? Ja O

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

Keine Impfung in den letzten 2 Wochen? Ja O

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

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

**Covid-19 mRNA-Impfung:**

**Biontech/Pfizer**

**Covid-19 Vector-Impfung:**

**AstraZeneca**

**Johnson & Johnson \*, \*\***

\*hiermit willige ich auch der Impfung mit Vector-Impfstoff ein obwohl  
ich < 60 Jahre alt bin Ja O

\*\* bisher KEIN Auftreten von Thrombosen /Embolien  
(persönlich oder familiär gehäuft) Ja O

Bonn, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Impflings \_\_\_\_\_