

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
----------	-----------	---------------

DRI TT	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

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

Bonn, den _____ Unterschrift des Impflings _____

Impfung
durchgeführt HZ