

**AUFKLÄRUNGS- UND
DOKUMENTATIONSBOGEN
SCHUTZIMPFUNG COVID-19**



Dr. med. Bernhard Graf
Facharzt FMH Allg. Innere Medizin
Zürcherstrasse 18
CH-8107 Buchs

DATEN DER ZU IMPFENDEN PERSON

--	--	--

Familienname* Vorname* Titel

Geschlecht*: w m

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)* AHV-Nummer oder Versichertennummer

Adresse (PLZ, Ort, Straße/Hausnummer)

Telefonnummer E-Mail-Adresse

Gegebenenfalls Name der/des gesetzlichen Vertreterin/gesetzlichen Vertreters

BITTE BEANTWORTEN SIE DIE UNTEN STEHENDEN FRAGEN (Zutreffendes ankreuzen)		JA	NEIN
1	Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion ? (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere) Wenn ja, woran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Besteht eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe von Impfstoffen (z.B. Polyethylenglykol)? Wenn ja, welche? <input style="width: 700px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Falls derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe durchgeführt wird: Wann war die letzte Verabreichung? Wann ist die nächste Verabreichung geplant? <input style="width: 200px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 200px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung oder werden Medikamente eingenommen, die das Immunsystem schwächen (z.B. Cortison, Immunsuppressiva, Zustand nach Organtransplantation)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt oder besteht eine Krebserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Autoimmunerkrankungen, chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks, Epilepsie) vor? Wenn ja, welche? <input style="width: 700px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wurde vor kurzem eine eingreifende Behandlung (z.B. Operation) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Besteht eine Schwangerschaft ? Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? <input style="width: 700px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung ? Wenn ja, welche und wann? <input style="width: 700px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Werden regelmäßig Medikamente zur Blutverdünnung verabreicht? Wenn ja, welche und wann? <input style="width: 700px; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Bestanden in der Vergangenheit nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Pflichtfelder

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Nach der Impfung gegen COVID-19 treten oft Reaktionen auf den Impfstoff auf, die gewöhnlich innerhalb weniger Tage von selbst wieder enden. An der Impfstelle können sehr häufig Schmerzen, Rötung und Schwellung auftreten. Darüber hinaus kann es sehr häufig zu Müdigkeit, Kopf-, Muskel- oder Gelenkschmerzen, Lymphknotenschwellung, Übelkeit/Erbrechen, Frösteln oder Fieber kommen. Sehr häufig bedeutet, dass mehr als 1 von 10 geimpften Personen betroffen sind. Zu Details wird auf die beiliegende Gebrauchsinformation verwiesen. Sollten Sie weitere Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- dass ich die Gebrauchsinformation zum genannten Impfstoff gelesen und verstanden habe oder dies für mich ausreichend erklärt wurde. Ich konnte mich dort über mögliche Nebenwirkungen und Umstände, die gegen meine Impfung sprechen, informieren.
- dass ich Nutzen und Risiko der Impfung dadurch ausreichend verstehe und daher kein weiteres persönliches Gespräch benötige,
- dass ich mit der Durchführung der kostenlosen Schutzimpfung einverstanden bin.

Bei der Covid-19-Impfung werden die Daten zu den durchgeführten Impfungen elektronisch erfasst und für statistische Zwecke anonymisiert ausgewertet.

Mit Ihrer Unterschrift auf der Einverständniserklärung willigen Sie in diese Erfassung ein.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung durch eine Ärztin/einen Arzt benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Bei unmündigen Minderjährigen oder entscheidungsunfähigen Personen ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Erziehungsberechtigte/Erziehungsberechtigter oder Erwachsenenvertreter/ Vorsorgebevollmächtigter) der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Entscheidungsfähigkeit besitzen.

Datum Unterschrift der zu impfenden Person oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

Für den Fall eventuell auftretender Reaktionen (Übelkeit, Kollaps, Allergie) verbleiben Sie bitte zu Ihrer eigenen Sicherheit nach der Impfung noch 20 Minuten in Reichweite der Ärztin/des Arztes.

Nebenwirkungsmeldungen können von geimpften Personen/deren Angehörigen durchgeführt werden, Ihre betreuende Ärztin/Ihr betreuender Arzt und Ihre Apothekerin/Ihr Apotheker sind sogar dazu verpflichtet. Wenn Sie bei sich Nebenwirkungen vermuten, wenden Sie sich an Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Apothekerin/Ihren Apotheker.

VON DER IMPFSTELLE AUSZUFÜLLEN

Dr. med. Bernhard Graf
FMH Allg. Innere Medizin
Zürcherstrasse 18, 8107 Buchs
fon 044 844 30 80
doktor-graf.ch / fax 044 732 67 50
GLN 7801000249166

Impfstelle/Organisation*

Raum für ärztliche Anmerkungen

Vorbereitung durch Dritte

Oberarm links

Oberarm rechts

Vereinbarter Impfstoff*: BioNTech/Pfizer: BNT162b2 Moderna: mRNA-1273

sonstiger Impfstoff

Impf-Dosis*: 1. Dosis 2. Dosis

Chargennummer* (LOT oder Ch.B)

Impfdatum*

Dr. med. Bernhard Graf
FMH Allg. Innere Medizin
Zürcherstrasse 18, 8107 Buchs
fon 044 844 30 80
doktor-graf.ch / fax 044 732 67 50

Name der impfenden Person
(falls abweichend von verantwortlicher Ärztin/verantwortlichem Arzt)

Name der verantwortlichen Ärztin/
des verantwortlichen Arztes*

Unterschrift der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes

Bürgerin/Bürger nicht eindeutig identifizierbar