

Impfdokumentationsformular

Impfzentrum Hamburg City



Eilbek
Wandsbeker Chaussee
22089-Hamburg

Osdorf (EEZ)
Osdorfer Landstr. 131-134
22609-Hamburg

www.impfzentrum-hamburgcity.de

1. Notwendige Angaben zur Person:

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname <small>(ALLE, wie im Ausweis!)</small>		Alter:	
Adresse:			
Krankenversicherung:		Versichertennummer:	
Handynummer:		E-Mail:	

2. Ihre bisherigen COVID-Impfungen UND Infektionen?

	Wann?	Impfstoff?	überprüft
1.			
2.			
3.			
4.			

3. Bitte folgende Fragen beantworten!

Ja Nein

- Fieber über 38,0°C ?
- Starker Husten mit permanentem Auswurf (grün, gelb)
- Sind sie schwanger im **ersten** Trimenon?
- Ich nehme Immunsuppressiva ein (z.B. Cortison, MTX)
- Nehmen Sie Blutverdünner ein? (z.B. Marcumar, Xarelto?)
- Allergie gegen Medikamente bekannt? z.B....
- Masern oder Gelbfieberimpfung in den letzten 2 Wochen?

Risiken einer Corona-Schutzimpfung:

- Häufig: Schmerzen, Blutung, Infektion an der Einstichstelle
- Selten: Allergische Reaktion (Ausschlag bzw. lebensbedrohliche Herz-Kreislaufreaktionen)
- Gelegentlich: Allgemeine Impfreaktion (Fieber, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen)
- Extrem selten: 1/250.000 Impfungen: Gesichtsmuskellähmung, Herzmuskelentzündung
- Nur Kinder unter 5 J: Off-Label=Impfung auf eigenes Risiko und Haftungsausschluss

Die o.g. Risiken sind mir bekannt. Ich verzichte bei Wiederholungsimpfung auf eine erneute ausführliche Beratung und bin mit der Impfung, auch durch Assistenzpersonal, einverstanden. 15 Min. nach der Impfung kann ich, bei unverändertem Wohlbefinden, den Impfstandort selbstständig verlassen. U.g. Leistungen habe ich erhalten.

Wird vom Arzt ausgefüllt:

		Erw(grau)	Ki(orange)	durchgeführt
Biontech	30 ug	0,3 ml		
	10 ug	0,1 ml	0,2 ml	
	5 ug	0,05 ml	0,1 ml	

Art der Grundimmunisierung Norm J+J Gen

Impfzertifikat Nr. 1 2 3 4 5 6

	Konzentration	0,1mg/ml	0,2mg/ml	
Moderna	100 ug	1 ml	0,5 ml	
	50 ug	0,5 ml	0,25 ml	
	25 ug	0,25 ml	0,13 ml	

Genesenezertifikat erhalten:

Nachtrag im Impfausweis erhalten:

ausschließliche Impfberatung:

Valneva	0,5 ml		
---------	--------	--	--

Johns.+ J.	0,5 ml		
------------	--------	--	--

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift Patient (ggf. Eltern):

Unterschrift Arzt: