

Impfdokumentationsformular

Impfzentrum Hamburg City



Eilbek
Wandsbeker Chaussee
22089-Hamburg

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

www.impfzentrum-hamburgcity.de

1. Notwendige Angaben zum Patienten:

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname (ALLE, wie im Ausweis!)			Alter:
Adresse:			
Krankenversicherung:		Telefon:	

2. Ihre bisherigen COVID-Impfungen+Infekt.?

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

3. Bitte folgende Fragen beantworten!

Ja Nein

- Hühnereiweißallergie?
- Allergie gegen Medikamente bekannt? z.B....
- Starker Husten mit grünlichem Schleim? Fieber?
- Sind sie schwanger? Stillen Sie?
- Ich nehme Immunsuppressiva ein (z.B. Cortison, MTX)
- Nehmen Sie Blutverdünner ein? (z.B. Marcumar, Xarelto?)
- Masern oder Gelbfieberimpfung in den letzten 2 Wochen?
- Corona-Impfung o. Corona-Infektion letzte 3 Monate?

Allgemeine Risiken einer Schutzimpfung:

- Häufig: Schmerzen, Blutung, Infektion an der Einstichstelle
- Gelegentlich: Allgemeine Impfreaktion (Fieber, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Schwindel, Magendarmbeschwerden)
- Selten: Allergische Reaktion (Ausschlag bzw. lebensbedrohliche Herz-Kreislaufreaktionen)

Risiken bei Covid-Impfungen:

- Extrem selten: 1/250.000 Impfungen: Gesichtsmuskellähmung, Herzmuskelerzündung
 - Sehr Selten: Vektorimpfstoffe (Johnson+J.): Thrombembolische Risiken
 - Extrem selten: Guillain-Barré-Syndrom (Nervenschädigung, meist revers.)
- Off-Label = Impfung auf eigenes Risiko und Haftungsausschluss vom Hersteller

Die o.g. Risiken sind mir bekannt. Ich verzichte bei Auffrischungsimpfung auf eine erneute ärztliche Beratung und bin mit der Impfung, auch durch Assistenzpersonal, einverstanden. Jederzeit ist ein Arzt vor Ort und ansprechbar! 15 Min. nach der Impfung kann ich, bei unverändertem Wohlbefinden, den Impfstandort selbstständig verlassen. Die Abrechnung erfolgt über die KV-Hamburg, bzw die Helmsauer Gruppe, Nürnberg. U.g. Leistungen habe ich erhalten.

vom Arzt auszufüllen:									
		Erw.(gr)	KI(oran)	Sgl.(br)	durchgeführt	x durchgeführt		x durchgeführt	
Biontech	30 ug	0,3 ml							
Orig. <input type="radio"/>	10 ug	0,1 ml	0,2 ml						
BA1 <input type="radio"/>	3 ug	0,03 ml	0,08 ml	0,2 ml					
BA4/5 <input type="radio"/>									
		Mod. blau	Mod. rot		durchgeführt				
Moderna	100 ug	1 ml	0,5 ml						
Orig. <input type="radio"/>	50 ug	0,5 ml	0,25 ml						
BA1 <input type="radio"/>	25 ug	0,25 ml	0,13 ml						
BA4/5 <input type="radio"/>									
		x			durchgeführt				
Valneva	0,5 ml								
		x							
Johns.+ J.	0,5 ml								
FSME ab 16 J									
FSME bis 15 J									
Hepatitis A									
Hepatitis A/B									
Hepatitis B									
Influenza ab 60 J									
Influenza bis 59 J									
Art der Grundimmunisierung		Norm		J+J		Gen			
Impfzertifikat Nr.	1	2	3	4	5	6			
Genesenenzertifikat erhalten:									
Nachtrag im Impfausweis erhalten:									
ausschließliche Impfberatung:									

Datum:

Unterschrift **Patient** (ggf. Eltern):

Unterschrift **Arzt**:

Art d. Grundimm:
 Norm J+J Gen.
Impfzertifikat Nr.:
 1 2 3 4 5 6
Biont Mod. Valn.
Kürzel: