

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, Kopfschmerz, Gliederschmerzen, Schwindel, Magendarmbeschwerden)
- Selten: Allergische Reaktion (Ausschlag bzw. lebensbedrohliche He Kreislaufreaktionen)
- Extrem selten: Abfall Blutplättchen (Blutung)
- Extrem selten: Guillain-Barré-Syndrom (Nervenschädigung, meist revers.)

Risiken bei Covid-Impfungen:

- Extrem selten: 1/250.000 Impfungen: Gesichtsmuskellähmung, Herzmuskelentzündung
- Sehr Selten: Vektorimpfstoffe (Johnson+J.): Thrombembolische Risiken

Off-Labe I= 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				FSME ab 16 J				Jap. Enzephalitis			
Orig. O	10 ug	0,1 ml	0,2 ml			FSME bis 15 J				MMR			
BA1 O	3 ug	0,05 ml		0,2 ml		Hepatitis A				Pneumokokken			
BA4/5 O						Hepatitis A/B				Tetanus, Diph. Po.			
						Hepatitis B				Tollwut			
Moderna	100 ug	1 ml	0,5 ml		durchgeführt	Influenza ab 60 J				Typhus			
Orig. O	50 ug	0,5 ml	0,25 ml			Influenza bis 59 J				Gürtelrose / Zoster			
BA1 O	25 ug	0,25 ml	0,13 ml			Art der Grundimmunisierung	Norm			J+J		Gen	
BA4/5 O						Impfzertifikat Nr.		1		2		3	
						Genesenenzertifikat erhalten:							
						Nachtrag im Impfausweis erhalten:							
						ausschließliche Impfberatung:							
Valneva	0,5 ml				durchgeführt								
Novavax	0,5 ml												
Johns.+ J.	0,5 ml												

Datum:

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

Unterschrift **Arzt**:

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