

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)
- Seltene: Allergische Reaktion (Ausschlag bzw. lebensbedrohliche 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.

v o m A r z t a u s z u f ü l l e n :																																																																																															
<table border="1"> <tr> <td>Biontech</td> <td>Erw(gr)</td> <td>Ki(oran)</td> <td>Sgl.(br)</td> <td>durchgeführt</td> </tr> <tr> <td>Orig. O</td> <td>30 ug</td> <td>0,3 ml</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>10 ug</td> <td>0,1 ml</td> <td>0,2 ml</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BA1 O</td> <td>3 ug</td> <td>0,05 ml</td> <td></td> <td>0,2 ml</td> </tr> <tr> <td>BA4/5 O</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Biontech	Erw(gr)	Ki(oran)	Sgl.(br)	durchgeführt	Orig. O	30 ug	0,3 ml				10 ug	0,1 ml	0,2 ml		BA1 O	3 ug	0,05 ml		0,2 ml	BA4/5 O					<table border="1"> <tr> <td>FSME ab 16 J</td> <td>x</td> <td>durchgeführt</td> </tr> <tr> <td>FSME bis 15 J</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hepatitis A</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hepatitis A/B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hepatitis B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Influenza ab 60 J</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Influenza bis 59 J</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Art der Grundimmunisierung</td> <td>Norm</td> <td>x</td> <td>durchgeführt</td> </tr> <tr> <td>Impfzertifikat Nr.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>J+J</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>Gen</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Genesenenzertifikat erhalten:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nachtrag im Impfausweis erhalten:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ausschließliche Impfberatung:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						FSME ab 16 J	x	durchgeführt	FSME bis 15 J			Hepatitis A			Hepatitis A/B			Hepatitis B			Influenza ab 60 J			Influenza bis 59 J			Art der Grundimmunisierung	Norm	x	durchgeführt	Impfzertifikat Nr.	1	2	3	J+J	4	5	Gen	6	Genesenenzertifikat erhalten:									Nachtrag im Impfausweis erhalten:									ausschließliche Impfberatung:								
Biontech	Erw(gr)	Ki(oran)	Sgl.(br)	durchgeführt																																																																																											
Orig. O	30 ug	0,3 ml																																																																																													
	10 ug	0,1 ml	0,2 ml																																																																																												
BA1 O	3 ug	0,05 ml		0,2 ml																																																																																											
BA4/5 O																																																																																															
FSME ab 16 J	x	durchgeführt																																																																																													
FSME bis 15 J																																																																																															
Hepatitis A																																																																																															
Hepatitis A/B																																																																																															
Hepatitis B																																																																																															
Influenza ab 60 J																																																																																															
Influenza bis 59 J																																																																																															
Art der Grundimmunisierung	Norm	x	durchgeführt																																																																																												
Impfzertifikat Nr.	1	2	3	J+J	4	5	Gen	6																																																																																							
Genesenenzertifikat erhalten:																																																																																															
Nachtrag im Impfausweis erhalten:																																																																																															
ausschließliche Impfberatung:																																																																																															
<table border="1"> <tr> <td>Moderna</td> <td>Mod. blau</td> <td>Mod. rot</td> <td>durchgeführt</td> </tr> <tr> <td>Orig. O</td> <td>100 ug</td> <td>1 ml</td> <td>0,5 ml</td> </tr> <tr> <td></td> <td>50 ug</td> <td>0,5 ml</td> <td>0,25 ml</td> </tr> <tr> <td>BA1 O</td> <td>25 ug</td> <td>0,25 ml</td> <td>0,13 ml</td> </tr> <tr> <td>BA4/5 O</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Moderna	Mod. blau	Mod. rot	durchgeführt	Orig. O	100 ug	1 ml	0,5 ml		50 ug	0,5 ml	0,25 ml	BA1 O	25 ug	0,25 ml	0,13 ml	BA4/5 O				<table border="1"> <tr> <td>Jap. Enzephalitis</td> <td>x</td> <td>durchgeführt</td> </tr> <tr> <td>MMR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pneumokokken</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tetanus, Diph. Po.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tollwut</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Typhus</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gürtelrose / Zoster</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Jap. Enzephalitis	x	durchgeführt	MMR			Pneumokokken			Tetanus, Diph. Po.			Tollwut			Typhus			Gürtelrose / Zoster																																															
Moderna	Mod. blau	Mod. rot	durchgeführt																																																																																												
Orig. O	100 ug	1 ml	0,5 ml																																																																																												
	50 ug	0,5 ml	0,25 ml																																																																																												
BA1 O	25 ug	0,25 ml	0,13 ml																																																																																												
BA4/5 O																																																																																															
Jap. Enzephalitis	x	durchgeführt																																																																																													
MMR																																																																																															
Pneumokokken																																																																																															
Tetanus, Diph. Po.																																																																																															
Tollwut																																																																																															
Typhus																																																																																															
Gürtelrose / Zoster																																																																																															
<table border="1"> <tr> <td>Valneva</td> <td>0,5 ml</td> <td></td> <td>durchgeführt</td> </tr> <tr> <td>Novavax</td> <td>0,5 ml</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Johns. + J.</td> <td>0,5 ml</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Valneva	0,5 ml		durchgeführt	Novavax	0,5 ml			Johns. + J.	0,5 ml			<table border="1"> <tr> <td>Genesenenzertifikat erhalten:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nachtrag im Impfausweis erhalten:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ausschließliche Impfberatung:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Genesenenzertifikat erhalten:								Nachtrag im Impfausweis erhalten:								ausschließliche Impfberatung:																																																									
Valneva	0,5 ml		durchgeführt																																																																																												
Novavax	0,5 ml																																																																																														
Johns. + J.	0,5 ml																																																																																														
Genesenenzertifikat erhalten:																																																																																															
Nachtrag im Impfausweis erhalten:																																																																																															
ausschließliche Impfberatung:																																																																																															

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 Valneva O
 Kürzel: