

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt	VK gültig bis	Datum:	

# ANAMNESEBOGEN

## Corona-Schutzimpfung gegen COVID-19

- Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  nein  ja
- Falls Sie bereits die erste COVID-19-Impfung erhalten haben: haben Sie danach eine allergische Reaktion entwickelt?  nein  ja
- Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung oder Immunschwäche?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  nein  ja
- Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Bei Frauen im gebärfähigen Alter: besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?  nein  ja
- Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?  nein  ja
- Haben Sie bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?  nein  ja  
Wenn ja, Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Diese international gültige Impfbescheinigung dient als Einlegeblatt für Ihren Impfpass.



**Dr. med. Rüdiger Bergmann**

HNO-Facharzt  
Hörgeräte-Spezialist  
Tinnitusexperte

**www.hno-pfalz.de**

An der gestrichelten Linie abschneiden.

<b>Internationale Impfbescheinigung zur Schutzimpfung gegen COVID-19</b> <i>Certificate of vaccination against COVID-19</i>		ausgefüllt für / issued for		<b>Dr. med. R. Bergmann</b> Ostbahnstraße 29 76829 Landau Ort der Impfung / <i>place of vaccination</i>	
		Name, Vorname / last name, first name			
		Geburtsdatum / date of birth			
Datum der Impfung / <i>Date of vaccination</i>	Handelsname Chargennummer / <i>trade name, batch no.</i> (vignette)	SARS-CoV-2 Impfstoff		Personalien geprüft / <i>Personal details</i> checked	Unterschrift Arzt, Impfberechtigte Person / <i>Signature of doctor,</i> <i>person authorized to vaccinate</i>
		m-RNA Vakzine / <i>used vaccine</i>	Vektor Vakzine / <i>used vaccine</i>		
1. Impfung / <i>1st vaccination</i>					
2. Impfung / <i>2nd vaccination</i>					

# AUFKLÄRUNGSVIDEO

## Schutzimpfung gegen COVID-19

Vor der Impfung konnte ich mittels eines praxiseigenen iPads ein ausführliches Erklärvideo des Landesimpfzentrums Rheinland-Pfalz zum Thema Corona-Impfung ansehen. Das ausführliche Video hat gut verständlich alle Themenbereiche rund um die Schutzimpfung behandelt.

- Ja, ich möchte mir das Corona-Erklärvideo vor der Impfung ansehen.
- Nein, ich benötige keine weitere Aufklärung, da ich mich im Vorfeld vollumfänglich informiert habe.

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

## Schutzimpfung gegen COVID-19

Ich habe den Inhalt des von der HNO Facharztpraxis zur Verfügung gestellten Erklärvideos zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit Herrn Dr. Bergmann.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich verzichte ausdrücklich auf das Aufklärungsgespräch.
- Ich willige in die vorgeschlagene Erst- und Zweitimpfung sowie die Boosterimpfung gegen COVID-19 mit
- dem mRNA-Impfstoff ein.
- dem Vektor-Impfstoff ein.

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der zu impfenden Person)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Arzt)