

## Ergänzungsbogen zum Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen Covid 19

---

Ich nehme zur Kenntnis:

- Das ausgefüllte und unterzeichnete Aufklärungsmerkblatt einschließlich Anamnese- und Einwilligungsbogen (siehe <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Aufklaerungsbogen-Tab.htm>) zur Schutzimpfung gegen COVID 19 UND dieser Ergänzungsbogen müssen spätestens zum Impftermin in der Praxis vorgelegt werden. Etwa, trotz der ausführlichen Aufklärung, bestehende Fragen müssen im Vorfeld geklärt werden.
- Die Reihenfolge der Impfungen orientiert sich an der Corona-Impfverordnung des Gesundheitsministeriums. Dem Arzt ist diesbezüglich eine Einzelfallentscheidung möglich und vorbehalten.
- Die Impfpraxis bzw. der impfende Arzt sind nicht für die Bereitstellung eines oder eines bestimmten Impfstoffes verantwortlich und/oder haftbar.
- Aus dem Eintrag in eine Praxis-Impf-Liste für COVID 19-Impfinteressenten besteht kein Anspruch bzw. keine Garantie für eine Impfung oder eine bestimmte Impfreihenfolge oder die Verwendung eines bestimmten Impfstoffes.
- Bei nicht näher bekannten Patienten oder wenn der impfende Arzt dies für erforderlich hält, kann eine ärztliche Priorisierungsbescheinigung angefordert werden.
- Der Impfnutzen steht nach derzeitigem Kenntnisstand weit über einem potenziellen Impfrisiko. Es ist mir bewusst, dass die Impfung trotz der umfangreichen Studienlage und hohen Sicherheitsstandards seltene bekannte und/oder ggf. heute noch nicht bekannte schwere bis sehr schwere Sofort-, Früh- und Spät-Impfkomplikationen nach sich ziehen kann.
- Die erforderliche Nachbeobachtungszeit nach der Impfung ist mir bekannt.

*(bitte ankreuzen)*

Ich habe das Aufklärungsmerkblatt einschließlich Anamnese- und Einwilligungsbogen sowie diesen Ergänzungsbogen aufmerksam gelesen, verstanden und zur Kenntnis genommen.

Ich willige in die Impfung gegen Covid-19 ein.

Name Patient \_\_\_\_\_

geb.am \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

(ggf. gesetzlicher Vertreter)