

# Einverständniserklärung zur Impfung gegen SARS-CoV-2 mit dem Impfstoff von Moderna (Covid-19 Vaccine Moderna)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Folgende Gesundheitseinschränkungen / Risiken für die Impfung bestehen:

Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten, z.B. Xarelto, Eliquis, Marcoumar etc.

Nein  Ja, folgende:

Bestehen Allergien, insbesondere auf Bestandteile des Impfstoffes oder Medikamente?

Nein  Ja, folgende:

Bisherige Komplikationen bei Impfungen (z.B. hohes Fieber, allergische Reaktion)

Nein  Ja, folgende:

Andere Impfung/en in der vergangenen Woche:

Nein  Ja, folgende:

Einnahme von Medikamenten oder Behandlungen innerhalb der letzten drei Monate, die stark auf das Immunsystem wirken wie z.B. Cortison oder Immunsuppressiva:

Nein  Ja, folgende:

Besteht eine schwere Erkrankung mit Auswirkung auf das Immunsystem?

Nein  Ja, folgende:

Bestand in den letzten *zwei Wochen* ein febriler Infekt oder aktuell ein Krankheitsgefühl?

Nein  Ja, folgende:

Bestand in den letzten *drei Monaten* eine COVID-19 Erkrankung?

Nein  Ja

*Für Frauen:* Sind sie schwanger?

Nein  Ja, möglicherweise

Ich wurde, bzw. habe mich selber über die SARS-CoV-2-Impfung informiert (Wirkung, Nebenwirkungen, Risiken) und hatte die Gelegenheit mit dem Arzt / der Ärztin allfällige Fragen zu klären.

**Ich bin einverstanden, dass die Impfung bei mir durchgeführt wird.**

Ort, Datum:

Unterschrift: