

**Einwilligungserklärung Covid-Auffrischungs-Impfung
mRNA Impfstoff BionTech/Moderna**

Name _____ Geburtsdatum _____

DR. MED. KLAUS - GEORG
HISNAUER

DR. MED. ANTONY
KANAPPILLY

1. Nehmen Sie Blutverdünner ein ? **Nein** **Ja**
(Marcumar, Eliquis, Xarelto oder ähnliches ?)
2. Ist bei Ihnen schon einmal eine schwere allergische Reaktion aufgetreten
(mit Kreislaufschwäche, Schock oder ähnlichem) ? **Nein** **Ja**
3. Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft ? Stillen ? **Nein** **Ja**
4. Haben Sie die letzte Covid-Impfung vertragen. ? **Nein** **Ja**

Mögliche Impfreaktionen (Häufigkeit in Klammern) :

- Lokalreaktionen: Schmerzen (80%, Rötung an der Einstichstelle
- Allgemeinsymptome: Fieber bis 40°C (30%), Schwäche, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen (30%), Gelenkschmerzen, Übelkeit, Durchfall
- Seltene Impfreaktionen: Lymphknotenschwellungen (1%)
Maßnahmen: Schonung, Ausreichend Flüssigkeit, Paracetamol/Ibuprofen/Aspirin

Denkbare Impfkomplicationen:

- Sehr selten schwere Allergische Reaktionen (Anaphylaxie)
- Fazialisparese/Gesichtsmuskellähmung (0,1-0,01%)
- Herzmuskelentzündung

Verhalten nach der Impfung:

- Bleiben Sie für 15 Minuten (bzw. 30 Minuten bei bekannten schweren allergischen Reaktionen) nach der Impfung im Praxisbereich.
- Kontaktieren Sie uns: bei anhaltenden starken Kopfschmerzen, Sehstörungen oder punktförmigen Hautblutungen (unabhängig von der Einstichstelle) mehrere Tage nach der Impfung

- Ich habe keine weiteren Fragen
- Ich willige in die Impfung ein
- Ich bin einverstanden, dass eventuell überzählige Impfdosen nicht entsorgt werden, sondern verimpft werden.

Hamburg, den _____

Patient _____ Dr. Hissnauer/Kanappilly _____