

Einverständniserklärung zur COVID-19-Auffrisch-Impfung

Ihre persönlichen Daten

Name	
Vorname	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Geburtsdatum	

Statusgruppe:

☐ UKB-Beschäftigte/r	☐ Universitäts-Beschäftigte/r	☐ PJ-Studierende/r
☐ DRK	☐ Sonstige/r Studierende/r	☐ Sonstige/r Arbeitgeber/in: _____

Berufsgruppe (nur für am UKB Beschäftigte):

- ☐ Arzt/Ärztin
☐ Pflege/OTA/ATA
☐ MFA/ZFA/MTR
☐ MTLA/PTA/BTA etc.
☐ nichtärztliche*r Wissenschaftler*in.
☐ Patient*innentransport
☐ PSG/GRG/CG/Haustechnik/Küche etc.
☐ Verwaltung
☐ Sonstige: _____

Klinik, Institut oder Abteilung:

--

☐ Ich bin am UKB mit direktem Patient*innenkontakt beschäftigt

Bitte beantworten Sie vor der Impfung folgende Fragen nach eventuellen Gegenanzeigen gegen die Impfung		
Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber über 38,5°C?	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie schon einmal eine schwere allergische Reaktion auf einen Covid-Impfstoff oder eine andere Substanz, z. B. Polyethylenglycol/Polysorbat?	☐ ja	☐ nein
Besteht aktuell eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein
Leiden Sie an einer erhöhten Blutungsneigung (Hämophilie, Therapie mit Antikoagulantien)?	☐ ja	☐ nein
Gab es bei Ihnen bei früheren Impfungen besondere Nebenwirkungen?	☐ ja	☐ nein

- ☐ Ich habe die „Informationen zur Auffrischimpfung gegen COVID-19“ sorgfältig durchgelesen, habe keine weiteren Fragen und willige in die Impfung ein.

Bonn,

(Unterschrift)