

Bitte in Blockschrift ausfüllen.

Schutzimpfung Covid 19 – Einverständnis und Dokumentation

Familiename

Vorname

Geschlecht m w

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ

Wohnort

Kontraindikationen

1 Haben Sie gegenwärtig Fieber?

Nein

Ja, mit Arzt besprechen

2 Sind bei früheren Impfungen Probleme aufgetreten?

3 Nehmen Sie Mittel zur Gerinnungshemmung ("Blutverdünnung")?

Wenn ja, welche?

4 Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Wenn ja, welche?

5 Sind Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Antibiotika)

Wenn ja, welche?

6 Für Frauen:

Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit das Sie schwanger sein könnten?

Eine Schwangerschaft soll für den Zeitraum bis 2 Monate nach

Abschluss der Covid-19-Impfung vermieden werden.

7 Stillen Sie?

Informationen für Patientinnen/Patienten über die Covid 19-Impfung

Das Faktenblatt «Covid 19-Impfung» habe ich vorgängig erhalten, gelesen und die Inhalte verstanden. Ich wurde über folgende Punkte nochmals gezielt aufgeklärt:

- Der Schutz durch die Impfung gegen Covid 19 ersetzt nicht die vom Bund und BAG empfohlenen Schutzmassnahmen.
- Kurzfristige Nebenwirkungen wie starke Erschöpfung, hohes Fieber und starke Muskelschmerzen sind möglich.
- Insbesondere sind allergische Reaktionen bei bekannten Allergikern beschrieben worden.
- Für die Dauer der Nachbeobachtungszeit nach der Impfung (30 Minuten) sollen die Patienten in der Impflokalität verbleiben.
- Jegliche mit der Impfung in möglichem und zeitlichem Zusammenhang stehende Nebenwirkungen sollen umgehend Ihrem Hausarzt gezeigt und von diesem bei der Swissmedic Pharmacovigilance gemeldet werden.
- Das Risiko einer schwer verlaufenden Covid 19-Infektion mit Komplikationen ist höher als die Wahrscheinlichkeit schwerer Nebenwirkungen der Impfung.

Einwilligung Patientin/Patient

Ja, ich habe das Faktenblatt «Covid 19-Impfung» gelesen und hatte die Gelegenheit bestehende Fragen mit dem Arzt zu klären. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Covid 19-Impfung ein.

Ich bin damit einverstanden, dass ...

... meine oben genannten Daten gespeichert und für die Kommunikation zwischen Meconex und mir verwendet werden dürfen.

... meine medizinischen Daten von Meconex gemäss dem DSG und unter Berücksichtigung des DSGVO verwaltet werden.

Ich wurde explizit auf die Risiken im Umgang mit besonders schützenswerten Personendaten aufmerksam gemacht und bin mir der Risiken bewusst.

Als Gerichtsstand gilt Basel, Schweiz

Datum

Unterschrift

Wird durch Meconex ausgefüllt

Charge

Impfstelle:

 li OA re OA

Andere Impfstelle:

Datum Impfgespräch / Impfung

Visum Arzt / Medizinisches Personal