



Bitte die markierten Angaben vorab ausfüllen

Impfbescheinigung

Certificate of vaccination

zur Schutzimpfung gegen

COVID-19

(Corona Virus Disease 2019)

Vor-, Nachname, Adresse

Geburtsdatum _____

männlich weiblich divers

Telefon _____

Koordinierende COVID-Impfeinheit des Ennepe-Ruhr-Kreises

- Verwendeter Impfstoff / -produkt:** COVID-19 Vaxzevria ® COVID-19 Vaccine Janssen ®
- Comirnaty (BioNTech/Pfizer) ® COVID-19 Spikevax (Moderna) ®
- Nuvaxovid (Novavax)

| | 1. Impfung | 2. Impfung | 3. Impfung (bzw. Auf- frischung) | 4. Impfung (bzw. Auf- frischung) |
|---|------------|------------|--|--|
| Ort der Impfung (Stempel) | | | | |
| Datum / Uhrzeit der Impfung | | | | |
| Personalien geprüft | | | | |
| Aufklärungsbogen unterschrieben | | | | |
| Impffähigkeit festgestellt | | | | |
| Einwilligung unterschrieben | | | | |
| Impfung durchgeführt | | | | |
| Medizinische Dokumentation durchgeführt | | | | |
| Chargenbezeichnung(en) - Etikett(en), wenn vorhanden - | | | | |

Unterschrift Arzt

Allgemeiner Hinweis gemäß § 22 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG): Bei schweren Beeinträchtigungen nach der Impfung wenden Sie sich bitte an Ihren Hausarzt. Er ist, falls der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, diesen dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG). Im Falle eines Impfschadens kann Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes bestehen (§ 60 Abs. 1 IfSG). Weitere Auskünfte erteilt das zuständige Gesundheitsamt.

Allgemeiner Hinweis zum Schutz Ihrer Daten: Ihre Daten werden gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO Art. 6. Abs. 1 b) für die gesetzlich vorgeschriebene Impfdokumentation verarbeitet und weitergeleitet. Ausführliche Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter www.en-kreis.de.



Bitte die markierten Angaben vorab ausfüllen

Impfbescheinigung

Certificate of vaccination

zur Schutzimpfung gegen

COVID-19

(Corona Virus Disease 2019)

| | |
|-----------------------------------|---|
| Vor-, Nachname, Adresse | |
| | |
| | |
| | |
| Geburtsdatum | |
| <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |

Telefon

Koordinierende COVID-Impfeinheit des Ennepe-Ruhr-Kreises

Verwendeter Impfstoff / -produkt: COVID-19 Vaxzevria® COVID-19 Vaccine Janssen®

Comirnaty (BioNTech/Pfizer)® COVID-19 Spikevax (Moderna)®

Nuvaxovid (Novavax)

Erstimpfung Z.n. Corona-Infektion _____ / _____
Monat Jahr

Zweitimpfung Drittimpfung Viertimpfung

Stärkere Impfn Nebenwirkungen nach letzter Coronaimpfung: _____

Ich habe den Inhalt der Aufklärungsblätter und der Fragebögen zu Vorerkrankungen und Allergien zur Kenntnis genommen und vollständig ausgefüllt. Ich hatte die Möglichkeit zu einem Aufklärungsgespräch und Fragen zu stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung ein.

Ich habe nach der Impfung Anspruch auf eine ca. 15-minütige Nachbeobachtungszeit (bei allergischer Grundbereitschaft auch länger). Eine Verkürzung der Nachbeobachtungszeit liegt in meiner eigenen Verantwortung.

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person (bzw. gesetzlicher Vertreter*in)

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergische Grundbereitschaft | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner wie Marcumar® | <input type="checkbox"/> schwere Impfreaktion |
| <input type="checkbox"/> Impfung durchgeführt | Unterschrift impfende MFA/Arzt |