

Praxisinformation

Corona-Boosterimpfung



Name, Vorname: _____

Um die Corona-Boosterimpfung möglichst unbürokratisch zu gestalten, haben wir das ganze Terminmanagement und die Aufklärung deutlich vereinfacht.

Bitte lesen Sie sich nachfolgende Punkte durch und haken Fragen entsprechend ab.

Erklärung

- Ich habe keine weiteren Fragen zur Impfung.
- Ich habe keine stärkere Impfreaktion auf die stattgehabte Coronaimpfung entwickelt.
- Ich habe aktuell keinen Infekt und bin fieberfrei.
- Es liegen keine (neuen) Kontraindikationen für die Coronaimpfung vor.
- Ich habe verstanden, dass ich nach einem Zeitraum von 15 Minuten die Praxis/ das Praxisgelände nur verlassen darf, falls ich beschwerdefrei bin.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden mit der Durchführung der Boosterimpfung.

Anmerkungen:

Ort, Datum: _____

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. der gesetzlichen
Vertretungsperson

Unterschrift Impfärztin/Impfarzt