

1. Zum Ausfüllen des **Anamnesebogens** bitte die Hilfe in Leichter Sprache neben das Blatt legen. Sie enthält die Erklärungen zu den einzelnen Punkten.



Anamnese-Fragebogen für die Corona-Schutzimpfung
Erklärung in Leichter Sprache

Vor der Impfung muss der Arzt ein paar Dinge wissen.

Dafür gibt es einen Fragebogen. Der Fragebogen heißt: Anamnese Schutzimpfung gegen COVID-19.

Legen Sie ihn neben dieses Blatt. Oben auf dem Fragebogen tragen Sie ein:

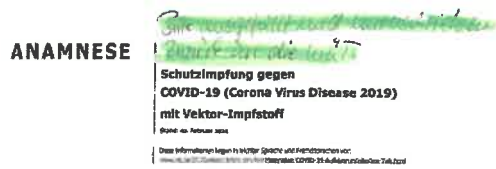
- Ihren Namen
- Ihr Geburtsdatum
- Ihre Adresse

Danach stehen Fragen.

Lesen Sie zuerst eine Frage auf diesem Blatt durch. Dann beantworten Sie die Frage auf dem Fragebogen. Dann lesen Sie die nächste Frage auf diesem Blatt. Nun beantworten Sie diese Frage auf dem Fragebogen.

Dieser Text wurde geprüft durch eine Prüfguppe der Lebenshilfe Berlin

Erfassung in Leichter Sprache zum Anamnese-Bogen für die Schutzimpfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoff, Stand 02.02.2021/08.11.2021 1

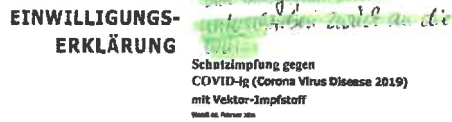


Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____
 Geburtsdatum _____
 Anschrift _____

1. Wechselt bei Ihnen' derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?
 ja _____ nein _____
2. Falls Sie bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie' danach eine allergische Reaktion entwickelt?
 ja _____ 17 nein _____
3. Leiden Sie' unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche? (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)
 ja _____ nein _____
 wenn ja, welche _____
4. Leiden Sie' an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 ja _____ nein _____
5. Ist bei Ihnen' eine Allergie bekannt?
 ja _____ nein _____
 wenn ja, welche _____
6. Traten bei Ihnen' nach einer Virusexe, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Übelkeit/Schwindel oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?
 ja _____ 18 nein _____
 wenn ja, welche _____
7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?
 ja _____ nein _____
8. Sind Sie' in den letzten 14 Tagen geimpft worden?
 ja _____ nein _____
9. Haben Sie' bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?
 ja _____ nein _____
 Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____
 (Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impfen mit.)

Ggf. wird dies von der Praxis über eine Kopie des Fragebogens bearbeitet.

2. Danach die Einwilligungserklärung ausfüllen und unterschreiben.



bitte ankreuzen

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____
 Geburtsdatum _____
 Anschrift _____

Mit die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson. Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretungsperson angeben:

Name, Vorname _____
 Telefonnr. _____ E-Mail _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoff ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Ich bin interessiert an einer Informationsveranstaltung, die als erstes Aufklärungsgespräch steht und im Spielraum der WÜT unter Corona-konformen Bedingungen stattfindet. Der Termin wird nach Bekannt gegeben.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

Vertretungsperson zu impfender Person
 Name, Vorname, Geburtsdatum
 Adresse, Telefonnummer
 Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson
 (Bitte Ankreuzen, wenn nicht einwilligungsfähig)

3. Bitte den Anamnesebogen und die Einwilligungserklärung an die WÜT schicken.



ANAMNESE

Zur Schutzimpfung gegen
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
– Vektor-Impfstoff –

ROBERT KOCH INSTITUT



IN LEICHTER SPRACHE

Anamnese-Fragebogen für die Corona-Schutzimpfung Erklärung in Leichter Sprache



Vor der Impfung muss der Arzt ein paar Dinge wissen.



Dafür gibt es einen Fragebogen.

Der Fragebogen heißt: Anamnese Schutzimpfung gegen COVID-19.

Legen Sie ihn neben dieses Blatt.

Oben auf dem Fragebogen tragen Sie ein:

- Ihren Namen
- Ihr Geburtsdatum
- Ihre Adresse

Danach stehen Fragen.



Lesen Sie zuerst eine Frage auf diesem Blatt durch.

Dann beantworten Sie die Frage auf dem Fragebogen.

Dann lesen Sie die nächste Frage auf diesem Blatt.

Nun beantworten Sie diese Frage auf dem Fragebogen.

Dieser Text wurde geprüft durch eine
Prüfgruppe der Lebenshilfe Berlin

 **Lebenshilfe**
gGmbH

Die Fragen sind:



1. Haben Sie gerade Fieber?



2. Diese Frage ist nur für Menschen,
die schon mal bei einer Corona-Impfung waren.
Die Frage heißt:
Haben Sie die Impfung nicht gut vertragen?
Oder hatten Sie Fieber?



3. Sind Sie oft krank?
Oder haben Sie eine schlimme Krankheit?
Zum Beispiel Krebs oder etwas anderes?
Diese Frage ist wichtig,
weil der Körper dann nicht so stark ist.



4. Heilen Ihre Wunden schlecht?
Bluten Ihre Wunden oft lange?
Schließen Ihre Wunden schlecht?
Sind Sie Bluter?
Oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?
Beim Impfen muss der Arzt das wissen.
Bitte sagen Sie dem Arzt Bescheid.



5. Haben Sie eine Allergie?
Allergie heißt:
Sie vertragen etwas nicht.
Wenn Sie ja gesagt haben:
Was vertragen Sie nicht?



6. Haben Sie schon mal eine Impfung schlecht vertragen?
Oder tat Ihnen nach einer Impfung etwas weh?
Wenn Sie ja gesagt haben: Was tat Ihnen weh?



7. Diese Frage ist nur für Frauen:
Sind Sie schwanger?

Oder haben Sie gerade ein Kind bekommen
und stillen Sie Ihr Kind?



8. Haben Sie in den letzten 2 Wochen eine Impfung bekommen?



9. Wurden Sie schon mal gegen Corona geimpft?
Wenn Sie ja gesagt haben:
Bitte tragen Sie ein:
Wann war das genau?
Mit welchem Impfstoff wurden Sie geimpft?

Wichtig:
Bringen Sie Ihren Impf-Ausweis bitte mit zum Termin.

Auf dem 2. Blatt vom Fragenbogen tragen Sie ein:



- Ihren Namen
- Ihr Geburtsdatum
- Ihre Adresse

Haben Sie einen rechtlichen Betreuer für Gesundheitspflege?
Dann trägt der Betreuer ein:

- den Namen vom Betreuer
- die Telefon-Nummer vom Betreuer
- die E-Mail-Adresse vom Betreuer



Darunter steht:

Sie haben das Merkblatt gelesen und verstanden.
Wenn Sie etwas nicht verstanden haben,
hat es Ihnen ein Arzt erklärt.



Nun können Sie auf dem Fragebogen ankreuzen:

- Ich habe alles verstanden.
Ich habe keine Fragen zur Impfung.
- Ich möchte mich impfen lassen.
- Nein. Ich möchte mich nicht impfen lassen.
- Ich möchte nicht mit einem Arzt sprechen.

Darunter ist Platz.

Dort können Sie noch etwas hinschreiben.

Oder der Arzt kann noch etwas hinschreiben.

Darunter schreiben Sie den Ort und das Datum von heute.

Etwas weiter unten unterschreiben Sie.

Wenn Sie einen rechtlichen Betreuer für Gesundheitspflege haben:
Ihr Betreuer unterschreibt.

Daneben unterschreibt der Arzt.

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Bitte ausgefüllt und
unterschieden zurück an die
WÜT.

Schutzimpfung gegen COVID-ig (Corona Virus Disease 2019) mit Vektor-Impfstoff

Stand: az. Februar 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson.

Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretungsperson angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-ig mit Vektor-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Ich bin interessiert an einer Informationsveranstaltung, die als ärztliches Aufklärungsgespräch dient und im Speisesaal der WÜT unter Corona-konformen Bedingungen stattfindet. Der Termin wird noch bekannt gegeben.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der zu impfenden Person
bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit
der zu impfenden Person:

Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson

(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin)

ANAMNESE

Bitte ausgefüllt und mitgebracht
zurück an die Wirt.

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit Vektor-Impfstoff

Stand: 02. Februar 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:

www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen' derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Falls Sie bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie' danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

17 nein

3. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche? (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)

ja

nein

wenn ja, welche _____

4. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

5. Ist bei Ihnen' eine Allergie bekannt?

ja

nein

wenn ja, welche _____

6. Traten bei Ihnen' nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

18 nein

wenn ja, welche _____

7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja

nein

8. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

9. Haben Sie' bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?

ja

nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____
(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

ANAMNESE

Ihre Unterlagen

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit Vektor-Impfstoff

Stand: 02. Februar 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen' derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Falls Sie bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie' danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

17 nein

3. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche? (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)

ja

nein

wenn ja, welche _____

4. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

5. Ist bei Ihnen' eine Allergie bekannt?

ja

nein

wenn ja, welche _____

6. Traten bei Ihnen' nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

17 nein

wenn ja, welche _____

7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja

nein

8. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

9. Haben Sie' bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?

ja

nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____
(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Ihre Unterlagen

Schutzimpfung gegen COVID-ig (Corona Virus Disease 2019) mit Vektor-Impfstoff

Stand: az. Februar 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ist die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig, erfolgt die Einwilligung in die Impfung oder die Ablehnung der Impfung durch die gesetzliche Vertretungsperson.

Bitte in diesem Fall auch Namen und Kontaktdaten der gesetzlichen Vertretungsperson angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____ E-Mail _____

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin /meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-ig mit Vektor-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.
- Ich bin interessiert an einer Informationsveranstaltung, die als ärztliches Aufklärungsgespräch dient und im Speisesaal der WÜT unter Corona-konformen Bedingungen stattfindet. Der Termin wird noch bekannt gegeben.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Unterschrift der zu impfenden Person
bzw. bei fehlender Einwilligungsfähigkeit
der zu impfenden Person:

Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin)
