

Impfdokumentationsformular

Impfzentrum Hamburg City



Eilbek
Wandsbeker Chaussee 2
22089-Hamburg

Osdorf (EEZ)
Osdorfer Landstr. 131-135
22609-Hamburg

www.impfzentrum-hamburgcity.de

1. Notwendige Angaben zum Patienten:

Name:		Geburtsdatum:	
Vorname (ALLE, wie im Ausweis!)			Alter:
Adresse:			
Krankenversicherung:		Telefon:	

2. Ihre bisherigen COVID-Impfungen+Infekt.?

	Wann?	Impfstoff?	überprüft
1.			
2.			
3.			
4.			

3. Bitte folgende Fragen beantworten!

Ja Nein

- Hühnereiweißallergie?
- Allergie gegen Medikamente bekannt? z.B....
- Starker Husten mit grünlichem Schleim? Fieber?
- Sind sie schwanger? Stillen Sie?
- Ich nehme Immunsuppressiva ein (z.B. Cortison, MTX)
- Nehmen Sie Blutverdünner ein? (z.B. Marcumar, Xarelto?)
- Masern oder Gelbfieberimpfung in den letzten 2 Wochen?
- Corona-Impfung o. Corona-Infektion letzte 3 Monate?

Allgemeine Risiken einer Schutzimpfung:

- Häufig: Schmerzen, Blutung, Infektion an der Einstichstelle
- Gelegentlich: Allgemeine Impfreaktion (Fieber, Kopfschmerz Gliederschmerzen, Schwindel, Magendarmbeschwerden)
- Selten: Allergische Reaktion (Ausschlag bzw. lebensbedrohliche He Kreislaufreaktionen)
- Extrem selten: Abfall Blutplättchen (Blutung)
- Extrem selten: Guillain-Barré-Syndrom (Nervenschädigung, meist revers.)

Risiken bei Covid-Impfungen:

- Extrem selten: 1/250.000 Impfungen: Gesichtsmuskellähmung, Herzmuskelentzündung
 - Sehr Selten: Vektorimpfstoffe (Johnson+J.): Thrombembolische Risiken
- Off-Label = Impfung auf eigenes Risiko und Haftungsausschluss vom Hersteller

Die o.g. Risiken sind mir bekannt. Ich verzichte bei Auffrischungsimpfung auf Wunsch auf eine erneute ärztliche Beratung und bin mit der Impfung, auch durch Assistenzpersonal, einverstanden. Jederzeit ist aber ein Arzt vor Ort und ansprechbar! 15 Min. nach der Impfung kann ich, bei unverändertem Wohlbefinden, den Impfstandort selbstständig verlassen. Die Abrechnung erfolgt über die KV-Hamburg, bzw die Helmsauer Gruppe, Nürnberg. U.g. Leistungen habe ich erhalten.

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Impfformulars.

Gesetzlich Versicherte: Ich akzeptiere das Angebot einer (Reise)Impfberatung i.H.v. 10€ (**NICHT BEI COVID-IMPFUNGEN!!!**) (GOÄ Zi. 1, 2,15fach).

vom Arzt auszufüllen:					
	Erw(gr)	Ki(oran)	Sgl.(br)	durchgeführt	
Biontech	30 ug	0,3 ml			
Orig. <input type="radio"/>	10 ug	0,1 ml	0,2 ml		
BA1 <input type="radio"/>	3 ug	0,05 ml	0,2 ml		
BA4/5 <input type="radio"/>					
	Mod. blau	Mod. rot		durchgeführt	
Moderna	100 ug	1 ml	0,5 ml		
Orig. <input type="radio"/>	50 ug	0,5 ml	0,25 ml		
BA1 <input type="radio"/>	25 ug	0,25 ml	0,13 ml		
BA4/5 <input type="radio"/>					
	x			durchgeführt	
Valneva	0,5 ml				
Novavax	0,5 ml				
Johns.+ J.	0,5 ml				
FSME ab 16 J					
Gürtelrose / Herpes Zoster					
Hepatitis A					
Hepatitis A/B					
Hepatitis B					
Influenza ab 60 J					
Influenza bis 59 J					
Art der Grundimmunisierung Norm J+J Gen					
Impfzertifikat Nr. 1 2 3 4 5 6					
Genesenzertifikat erhalten:					
Nachtrag im Impfausweis erhalten:					
ausschließliche Impfberatung:					
Jap. Enzephalitis					
Meningokok. ACWY					
MMR					
Pneumokokken					
Tetanus, Diph. Po.					
Tollwut					
Typhus					

Datum:

Unterschrift **Patient** (ggf. Eltern):

Unterschrift **Arzt:**

