

# Sicherheitsdatenblatt zur Durchführung der Corona-Impfung

## I) Patient- und Arztdatenblatt

### Zu impfende Person:

Vor- und Zuname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: ..... Versicherungsnummer: .....

E-Mail Adresse: ..... Telefonnummer: .....

### Die impfende Ärztin/Der impfende Arzt:

Vor- und Zuname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: ..... Akademischer Grad: .....

Erreichbarkeit bei Rückfragen und eventuellen Problemen des Geimpften:

E-Mail Adresse: ..... Telefonnummer: .....

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Selbständig in eigener Praxis:     privat     Kasse    Welche Kasse: .....

    Anschrift: .....

Angestellt bei: .....

    Anschrift: .....

Haftungsträger bei Schäden durch unsachgemäße Durchführung der Impfung:

.....

Haftungsträger bei aufgetretenen Impfschäden und Nebenwirkungen durch den Impfstoff:

.....

# Sicherheitsdatenblatt zur Durchführung der Corona-Impfung

## II) Sicherheitsdaten zum Impfstoff

### Zu impfende Person:

Vor- und Zuname: .....

Geburtsdatum: ..... Versicherungsnummer: .....

### Alle Daten des Herstellers:

Art des verwendeten Impfstoffs: .....

Chargennummer: .....

Auflistung aller Inhalts- und Zusatzstoffe (evl. Beipackzettel): .....

.....

Bekannte Nebenwirkungen: .....

.....

Mögliche Nebenwirkungen: .....

.....

Mögliche Spätschäden und Risiken: .....

.....

Kontraindikationen für diesen Impfstoff: .....

.....

Kontraindikationen für bestimmte Patientengruppen (z. B. Schwangere, Kinder, etc.): .....

.....

Kontraindikationen bei folgenden Erkrankungen und Vorerkrankungen: .....

.....

Wechselwirkung zu anderen Medikamenten und Therapien: .....

.....

Notfallmaßnahmen bei allergischen Reaktionen: .....

.....

Wurden die notwendigen Lagerbedingungen bis zur Impfung eingehalten:  ja  nein

Aufgetaut am: ..... Verabreicht am: .....

Wurde der Impfstoff auf das Körpergewicht, die Konstitution und die individuellen Bedingungen auf den

Patienten angepasst:  ja  nein

Wie lange ist eine ausreichende Schutzwirkung nach Absolvierung des Impfprogrammes gegeben: .....

.....

Ab wann wird ein ausreichender Schutz eintreten: .....

Wie kann ein ausreichender Schutz nachgewiesen werden: .....

.....

# Sicherheitsdatenblatt zur Durchführung der Corona-Impfung

## III) Die Untersuchungsdaten des Patienten

### Zu impfende Person:

Vor- und Zuname: .....

Geburtsdatum: ..... Versicherungsnummer: .....

Ort und Datum der Untersuchung: .....

### Anamnese:

Wurden die folgenden Untersuchungsdaten erhoben? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	erhoben/ ja	nicht erhoben/ nein
Status präsens .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konstitution und Allgemeinzustand .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchgeführte Operationen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der Patient Implantate im Körper? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Vorerkrankungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde jemals beim Patienten eine Chemotherapie gemacht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steht der Patient unter immunsuppressiver Therapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bereits irgendwelche Impfungen durchgeführt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wann erfolgte welche Impfung zuletzt: .....

Blutbefund: Blutbild, Blutchemie, Immunstatus, sonstiges .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Untersuchung des Patienten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchgeführte Zusatzuntersuchungen, z.B. EKG, EEG, Lungenfunktionstest, Ultraschall, Röntgen, CT, MRT, sonstige .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alle Untersuchungsbefunde liegen beim Impfgespräch auf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn nein, welche fehlen? .....

Nimmt der Patient Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....

.....  
Sind alle Medikamente zum Impfstoff verträglich? .....

Bestehen Allergien und Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? .....

.....  
Besteht eine Kontraindikation für die Covid-19 Impfung? .....

Besteht beim Patienten ein Impfrisiko? .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 kein Risiko     | <input type="checkbox"/> 3 hohes Risiko      |
| <input type="checkbox"/> 1 geringes Risiko | <input type="checkbox"/> 4 sehr hohes Risiko |
| <input type="checkbox"/> 2 Risiko          |  |

Der Patient wurde über alle bekannten Nebenwirkungen aufgeklärt? .....

Der Patient wurde über alle möglichen Nebenwirkungen aufgeklärt? .....

Der Patient wurde über mögliche Spätfolgen aufgeklärt? .....

# Sicherheitsdatenblatt zur Durchführung der Corona-Impfung

## IV) Erklärung des impfenden Arztes

### Zu impfende Person:

Vor- und Zuname: .....

Geburtsdatum: ..... Versicherungsnummer: .....

### Erklärung des impfenden Arztes:

Bitte ausfüllen und nicht Zutreffendes durchstreichen:

Ich, Dr. med. ....,

wohnhaft in .....

selbstständig / angestellt bei .....

erkläre, dass die zu impfende Person in einem allgemeinen guten Zustand und körperlich und geistig gesund ist, um die Covid-Impfung zu empfangen und zu verarbeiten.

Ich habe mich durch eine ausführliche Untersuchung mit allen notwendigen Befunden davon überzeugt.

Ich habe den Patienten über alle bekannten und möglichen Nebenwirkungen und Risiken aufgeklärt.

Ich versichere, dass der verabreichte Impfstoff ungefährlich für die Gesundheit und das Leben des Patienten ist.

Ich bestätige, dass die zu impfende Person vor dieser Impfung keinerlei neurologische Störungen, Allergien, Krämpfe, Blutbildveränderungen und sonstige pathologische Auffälligkeiten vorhanden waren.

Dem Patienten wurden der Beipackzettel sowie die Chargennummer des verabreichten Impfstoffes ausgehändigt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Stempel