

Schutzimpfung gegen COVID-19 für Kinder 5-11 Jahre

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Besteht bei Ihrem Kind derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?	nein	ja
Ist es in den letzten 14 Tagen geimpft worden?	nein	ja
Wurde es bereits gegen COVID-19 geimpft?	nein	ja
Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?		
Falls es bereits eine COVID-19-Impfung erhalten hat: Hat es danach eine allergische Reaktion entwickelt?	nein	ja
Wurde bei Ihrem Kind in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus sicher nachgewiesen?	nein	ja
Wenn ja, wann		
Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung oder leidet es an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?	nein	ja
Leidet es an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	nein	ja
Ist bei Ihrem Kind eine Allergie gegen Arzneimittel bekannt?	nein	ja

- Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes Comirnaty für Kinder 5-11 J zur Kenntnis genommen und verstanden
- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit dem mRNA-Impfstoff ein.

Telgte, Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

