

Liebe Eltern, liebe Schülerinnen und Schüler,

der Regionalverband Saarbrücken wird in der Nähe Ihrer Schule die Möglichkeit zur Impfung gegen das Coronavirus anbieten. Die Impfung erfolgt ohne Anmeldung und ohne Termin.

Schülerinnen und Schüler, **die unter 16 Jahre alt sind**, müssen zum Impftermin diese beidseitig ausgefüllte Einwilligungserklärung mit Anamnesebogen **oder** ihre Eltern beziehungsweise Sorgeberechtigten mitbringen.

## Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer Schutzimpfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff Comirnaty von Biontech/Pfizer

<b>Daten der zu impfenden Person</b>	<input type="text"/>
	Name, Vorname <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/>
<b>Daten der Eltern/der Sorgeberechtigten</b>	<input type="text"/>
	Name, Vorname <input type="text"/>
	Telefon <input type="text"/> E-Mail <input type="text"/>
	Anschrift <input type="text"/>



Damit Sie eine gute Entscheidung treffen können, nehmen Sie bitte den Inhalt des Aufklärungsblattes zur Kenntnis.

Das Aufklärungsblatt können Sie über den nebenstehenden QR-Code erreichen.

Darüber hinaus steht das Aufklärungsblatt auf der Homepage des Robert Koch Instituts (RKI) in leichter Sprache und in zahlreichen Fremdsprachen zur Verfügung: <https://bit.ly/3AmGP9z>

Sollten Sie nicht die Möglichkeit zum Abruf des Aufklärungsblattes haben, wird Ihnen dieses von der Schule zur Verfügung gestellt.

**Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen habe und bin mir bewusst, dass ich die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit einem Impfarzt/einer Impfärztin habe.**

- Ich willige in die Impfung meiner Tochter/meines Sohnes ein, habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich darauf, beim ärztlichen Aufklärungsgespräch meiner Tochter/meines Sohnes selbst dabei zu sein.
- Ich möchte das ärztliche Aufklärungsgespräch in Anspruch nehmen und begleite meine Tochter/meinen Sohn zur Impfung.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift der zu impfenden Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift der Eltern / der Sorgeberechtigten
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift des Arztes / der Ärztin



# ANAMNESE

mRNA

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

mit mRNA-Impfstoff

(Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und  
Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Stand: 19. August 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:  
[www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html](http://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<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

3. Wurden Sie<sup>1</sup> bereits gegen COVID-19 geimpft?

ja

nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. Falls Sie<sup>1</sup> bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

nein

5. Wurde bei Ihnen<sup>1</sup> in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

ja

nein

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)

6. Haben Sie<sup>1</sup> chronische Erkrankungen oder leiden Sie<sup>1</sup> an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

7. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

8. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

9. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

10. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?

ja

nein