Sitten, 3.11.2021/AS/VBT/rvr

20211103\_Impfformular\_Auffrischung\_COVID19\_DE

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG ZUR COVID-19 AUFFRISCHUNGS-IMPFUNG

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANGABEN ZUM IMPFKANDIDATEN/ZUR IMPFKANDIDATIN | | | | | |
| Name: | | | | | |
| Vorname: | | | | | |
| Geburtsdatum: | Tag | Monat | Jahr | Geschlecht  M  W | |
| Adresse: (Strasse, Nr.): | | | | | |
| Ort: | | | | | PLZ: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ALLGEMEINE INFORMATIONEN | | | | | |
| Der Impfkandidat/Die Impfkandidatin ist urteilsfähig | | | | | |
| Der Impfkandidat/Die Impfkandidatin ist nicht urteilsfähig. Er/Sie wird vertreten durch[[1]](#footnote-1) :  Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Strasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_\_  PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| ERSTE UND ZWEITE IMPFDOSIS | | | | | |
| Dosis 1  Moderna – Pfizer-BioNtech | Datum (JJJJ-MM-TT) | Dosis 2[[2]](#footnote-2) Moderna – Pfizer-BioNtech | Datum (JJJJ-MM-TT) | | |
|  |  | | |
| ALLERGISCHE REAKTIONEN AUF DIE IMPFUNG | | | | | |
| Sind bei dieser Person jemals schwerwiegende Nebenwirkungen nach der Verabreichung eines anderen Impfstoffs als eines COVID-19-Impfstoffs oder nach der Verabreichung einer Dosis eines COVID-19-Impfstoffs aufgetreten, einschließlich Myokarditis oder Perikarditis? (Pfizer oder Moderna)? Wenn ja, bitte beschreiben:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | JA | NEIN | | |
| ANDERE ALLERGISCHE REAKTIONEN | | | | | |
| Hat diese Person andere bekannte Allergien? | | JA | NEIN | | |
| VORGESCHICHTE COVID-19 (muss vom Arzt bestätigt werden) | | | | | |
| Hatte diese Person eine Infektion mit COVID-19?  Wenn ja, wann haben die Symptome begonnen? | | JA | NEIN | | |
| Datum : | Jahr | Monat | Tag |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FRAGEBOGEN, DER VOR DER IMPFUNG AUSGEFÜLLT WERDEN MUSS[[3]](#footnote-3) | | | | | |
|  | ZUSÄTZLICHE ANGABEN, DIE VOM ARZT BESTÄTIGT WERDEN MÜSSEN | JA | NEIN | N/A | PRÄZISIERUNG |
| 1. | **Aktuelle oder frühere Gesundheitsprobleme**  Weist die Person aktuell Symptome auf, die mit COIVID-19 zusammenpassen?  Hat sie eine Blutgerinnungsstörung? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Hat sich die Person nach einer Impfung oder einem medizinischen Eingriff jemals schwach gefühlt oder ist bewusstlos geworden? |  |  |  |  |
| 2. | Medikamente  Nimmt die Person immunsuppressive Medikamente, Antikoagulantien ein? |  |  |  |  |
| 3. | Blutprodukte  Hat die Person Plasma von COVID-19 genesenen Personen oder monoklonale Antikörper gegen COVID-19 erhalten? |  |  |  |  |
| 4. | Schwangerschaft  Wenn die Person eine Frau ist, ist sie derzeit schwanger oder stillt sie? |  |  |  |  |

*Bei der Einwilligung liegt es im Ermessen des APH, ob es mit einer direkten Einwilligung durch Unterschrift (Kapitel A unten) oder einer telefonischen Einwilligung (Kapitel B unten) arbeitet.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A. SCHRIFTLICHE ZUSTIMMUNG | | | | |
| * Ich bin über die Vorteile und Risiken der Impfung gegen COVID-19, über mögliche Reaktionen und über das Verhalten nach der Impfung informiert worden. Ich bin mit der Verabreichung der Auffrischungsimpfung (3. Dosis) gemäss BAG-Empfehlung einverstanden. * Ich bin über die Vorteile des COVID-19-Impfstoffs und mögliche Reaktionen sowie über die Risiken einer Nichtimpfung informiert worden. * Ich wurde über die Möglichkeit informiert, Fragen zu stellen und meine Bedenken bezüglich des COVID-19-Impfstoffs mit einem Arzt zu besprechen. * Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann, indem ich das medizinische und pflegerische Team, das den COVID-19-Impfstoff verabreicht, davon in Kenntnis setze. * Ich bestätige, dass ich rechtlich befugt bin, dieser Impfung zuzustimmen. | | | | |
| Name der zustimmenden Person |  | Unterschrift der zustimmenden Person |  | Datum  (JJJJ-MM-TT) |
| Person, welche die schriftliche Zustimmung erteilt :  Impfkandidat/Impfkandidatin  Person, die befugt ist, den urteilsunfähigen Patienten/die urteilsunfähige Patientin zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| B. MÜNDLICHE ZUSTIMMUNG | | | | |
| * Der Impfkandidat und/oder die vertretungsberechtigte und zustimmungsberechtigte Person wurden über den Nutzen und die Risiken der Impfung gegen COVID-19, mögliche Reaktionen und die nach der Impfung zu ergreifenden Massnahmen aufgeklärt. Die Person, die befugt ist, den Impfwilligen zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen, erklärt sich mit der Verabreichung der Auffrischungsimpfung (3. Dosis) an den auf Seite 1 dieses Formulars genannten Impfwilligen gemäss den Empfehlungen des BAG einverstanden. * Der Impfkandidat und/oder die zu seiner Vertretung und zur Einwilligung in die medizinische Versorgung bevollmächtigte Person wurden über den Nutzen des Impfstoffs COVID-19 und die möglichen Reaktionen sowie die Risiken einer Nichtimpfung informiert. * Der Impfkandidat und/oder sein Bevollmächtigter wurde über die Möglichkeit informiert, Fragen zu stellen und Bedenken bezüglich des Impfstoffs COVID-19 mit einem Arzt zu besprechen. * Der Impfkandidat und/oder die Person, die berechtigt ist, ihn/sie zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen, versteht, dass er/sie seine/ihre Einwilligung jederzeit zurückziehen kann, indem er/sie das medizinische und pflegerische Team, das den COVID-19-Impfstoff verabreicht, darüber informiert. * Die nachstehend unterzeichnenden Personen bestätigen, dass sie die mündliche Zustimmung des Antragstellers zur Impfung und/oder der vertretungsberechtigten Person eingeholt haben und mit der medizinischen Versorgung einverstanden sind. | | | | |
| Name und Beruf der Person, die die mündliche Zustimmung erhält. |  | Name und Beruf der Person, die die mündliche Zustimmung bezeugt (nur auszufüllen, wenn die Zustimmung telefonisch eingeholt wird). |  | Datum  (JJJJ-MM-TT) |
| Person, welche die mündliche Zustimmung erteilt :  Impfkandidat/Impfkandidatin  Person, die befugt ist, den urteilsunfähigen Patienten/die urteilsunfähige Patientin zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen. | | | | |

Notizen :

1. Sind berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und in die medizinische Versorgung, die der Arzt der Person ambulant oder stationär zu verabreichen gedenkt, einzuwilligen oder nicht einzuwilligen: die in der Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag benannte Person; der Beistand, dessen Aufgabe es ist, die Person in medizinischen Angelegenheiten zu vertreten; der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner, wenn er oder sie im gleichen Haushalt lebt oder regelmässige persönliche Hilfe leistet; die Person, die im gleichen Haushalt lebt und regelmässige persönliche Hilfe leistet; die Nachkommen der Person, wenn sie regelmässige persönliche Hilfe leisten; die Mutter und der Vater der Person, wenn sie regelmässige persönliche Hilfe leisten; die Brüder und Schwestern der Person, wenn sie regelmässige persönliche Hilfe leisten. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zwischen der Verabreichung der 2. Dosis und der Auffrischungsdosis muss ein Zeitabstand von mindestens sechs Monaten eingehalten werden. [↑](#footnote-ref-2)
3. Einige dieser Fragen können sich überschneiden. Für Kontraindikationen und Vorsichtsmassnahmen beachten Sie bitte die Angaben der pharmazeutischen Hersteller. [↑](#footnote-ref-3)