



Dr. med. Mona Wendrich-Rönne
Facharztpraxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Einwilligung zur Impfung mit mRNA-Impfstoff
(Spikevax von Moderna bzw. Comirnaty von Biontech/Pfizer)**

Name, Vorname, Geburtsdatum und Telefonnummer der zu impfenden Person

- Ich leide derzeit nicht an einer fieberhaften Erkrankung.
- Ich bin in den letzten 14 Tagen nicht geimpft worden.
- Ich hatte noch keine COVID-19-Infektion.
Wenn doch, wann? _____
- Ich habe noch keine COVID-19-Impfung erhalten.
Wenn doch, welche und wann zuletzt? _____
- Ich bin nicht schwanger und stille nicht.
- Ich habe bisher keinen allergischen Schock erlitten, keine allergischen Reaktionen nach Impfungen entwickelt, insbesondere ist bei mir keine Allergie gegen Polyethylenglykol (PEG) bekannt.
- Ich habe keine Blutungsneigung bzw. nehme keine blutverdünnenden Medikamente.
Wenn doch, welche? _____

Ich habe den Inhalt des aktuellen Aufklärungsblattes zu mRNA-Impfstoffen des Robert-Koch-Institutes zur Kenntnis genommen und bin insbesondere über das Risiko einer Herzmuskelentzündung nach Impfung mit diesem Impfstoff informiert. Sollten in den ersten Wochen nach der Impfung entsprechende Symptome wie Brustschmerzen und eingeschränkte körperliche Belastbarkeit auftreten werde ich unverzüglich einen Arzt aufsuchen. Mir ist bekannt, dass Spikevax von Moderna aufgrund des höheren Risikos einer Herzmuskelentzündung bei jungen Menschen von der STIKO erst ab 30 Jahren empfohlen wird, obwohl er bereits ab 12 Jahren zugelassen ist.

Ich bin darüber aufgeklärt, dass in Schwangerschaften und Stillzeiten nur begrenzte Erfahrungen mit Spikevax von Moderna bestehen und daher Comirnaty von Biontech empfohlen wird

Ich bin über die empfohlene Nachbeobachtungszeit von 15 Minuten informiert.

- Ich willige in die Impfung mit mRNA-Impfstoff ein.**

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/ Patient