

Dr. Burkhard Rieke DTM&H (Liv.)
Internist, Tropenmedizin, Infektiologie
Dr. Michaela Rieke
Ärztin für Allgemeinmedizin

Oststr. 115, 40210 Düsseldorf
Tel. 0211 322803
Fax 0211 133 072

Ihr Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Ich habe mit der Einladung zur Impfung die offiziellen RKI-Informationen zu

- m-RNA-Impfstoff (BioNTech oder Moderna, Version vom 19.08.2021) bzw.
 Vektor-Impfstoff (AstraZeneca, Johnson & Johnson)

gelesen und verstanden. Ich bin bereit, die Risiken (*insbesondere: Auslösung einer Verarmung an Blutplättchen und von bedrohlichen Hirnvenen- und anderen Thrombosen bei etwa 1 aus 100.000 mit Vektorimpfstoff Geimpften. Auftreten einer Herzmuskelentzündung bei 1 aus 17.000 m-RNA-Geimpften*) um des großen Nutzens willen zu tragen. Ich weiß, dass alle Corona-Impfstoffe nur eine vorläufige Zulassung haben und Aussagen über die Wirkung gegen Virusmutanten, die Wirkdauer und eine evtl. Notwendigkeit von Auffrischimpfungen bislang nicht verlässlich möglich sind.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
 Ich willige in die Impfung ein. Ich willige in die Impfung nicht ein.
 Ich verzichte ausdrücklich auf ein Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt.
 Ich habe schon einen bewiesenen Corona-Infekt gehabt und zwar im (Monat/Jahr): _____
 Ich habe in den letzten 2 Wochen eine Impfung erhalten, und zwar gegen _____
 Ich habe folgende chronische Erkrankung(en): _____
 Ich bin schwanger (auch: vielleicht schwanger)
 Ich habe folgende Allergie(n): _____
 Ich nehme folgende Medikamente ein (wichtig: Blutgerinnungshemmer und Immunsuppressiva): _____

Ort, Datum: _____ (Unterschrift:) _____

Als Sorgeberechtigte/r bestätige ich diese Angaben und erkläre mein Einverständnis mit der Impfung. Auch die/der weitere Sorgeberechtigte ist mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Ort, Datum: _____ (Unterschrift:) _____

Ärztl. Unterschrift: _____