

ANAMNESE UND BERATUNGSPROTOKOLL

über die Abklärung aller Voraussetzungen für alle Impfungen mit COVID-19 Impfstoffen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname aufzuklärende Person *		Geburtsdatum		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name, Vorname aufklärender Arzt		ggfs. Firma	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort		

A FRAGEN AN DIE AUFZUKLÄRENDE PERSON (oder ges. Vertretungsperson*)

- Ist – von wem auch immer – bezüglich einer möglichen COVID-19 Impfung versucht worden, Sie zu locken, überreden oder Sie zu ängstigen, zu täuschen oder auf Sie irgendeine andere Art von Druck oder Zwang auszuüben oder Ihr Urteilsvermögen zu beeinflussen oder haben Sie negative Konsequenzen zu befürchten, falls Sie sich nicht gegen COVID-19 impfen lassen? Ja Nein
- Ist jemals untersucht worden oder dadurch bekannt, ob bzw. dass Ihr Körper auf einen der Inhaltsstoffe der COVID-19 Impfsereen allergisch reagiert? Ja Nein
- Haben Sie derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? Ja Nein
- Haben Sie in den letzten 14 Tagen eine Impfung erhalten? Ja Nein
- Haben Sie bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten? Ja Nein

Wenn ja: wann und mit welchem Impfstoff wurden Sie geimpft?

Impfun- gen	Comirnaty (BioNTech)	Spikevax (MODERNA)	Vaxzevria (AstraZeneca)	COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson & Johnson)
Datum 1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum 2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum 3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Sind bei Ihnen ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?
Wenn ja, welche? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? Wenn ja, wann? Ja Nein

6. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

7. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

9. Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

10. Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?

Ja

Nein

11. Hat Ihr Arzt Sie über sämtliche für Ihre Einwilligung oder Ablehnung wesentlichen Umstände aufgeklärt, insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken einer möglichen COVID-19 Impfung sowie deren Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten?

Ja

Nein

12. Sind Sie von Ihrem Arzt auch auf Alternativen zur Maßnahme hingewiesen worden, auf medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden, die zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können?

Ja

Nein

13. Bezeugen Sie hiermit, dass Sie Ihrem aufklärenden Arzt das BFCI-Aufklärungsmerkblatt ausgehändigt haben?

Ja

Nein

14. Haben Sie die Inhalte des BFCI-Aufklärungsmerkblatt verstanden, zur Kenntnis genommen?

Ja

Nein

B FRAGEN AN DEN AUFKLÄRENDEN ARZT:

1. Bitte schätzen Sie das individuelle, **absolute** Risiko ein (bitte Prozentwerte eintragen), dass die von Ihnen aufgeklärte Person schwer an COVID-19 erkrankt. Und zwar für den Fall, dass sie mit einem COVID-19 Impfstoff ...

... einmal geimpft wird %, zweimal geimpft wird: % oder dreimal geimpft wird: %
und für den Fall, dass die Person ungeimpft bleibt: %. Die Risiko-Reduktion beträgt also: %
Ihre Schätzung beruht auf folgender wissenschaftlicher Studie:

2. Bitte schätzen Sie das individuelle, **absolute** Risiko ein (bitte Prozentwerte eintragen), dass die von Ihnen aufgeklärte Person an COVID-19 verstirbt. Und zwar für den Fall, dass sie mit einem COVID-19 Impfstoff ...

... einmal geimpft wird %, zweimal geimpft wird: % oder dreimal geimpft wird: %
und für den Fall, dass die Person ungeimpft bleibt: %. Die Risiko-Reduktion beträgt also: %
Ihre Schätzung beruht auf folgender wissenschaftlicher Studie:

(Optional) Ihre Anmerkungen zu B 1. und 2

3. Ist – von wem auch immer – bezüglich einer möglichen COVID-19 Impfung versucht worden, die von Ihnen aufgeklärte Person zu locken, überreden oder sie zu ängstigen, zu täuschen oder auf sie irgendeine andere Art von Druck oder Zwang auszuüben oder ihr Urteilsvermögen zu beeinflussen oder hat sie negative Konsequenzen zu befürchten, falls Sie sich nicht gegen COVID-19 impfen lassen sollte?

Ja Nein

4. Ist – von wem auch immer – bezüglich COVID-19 Impfungen versucht worden, Sie zu locken, überreden oder sie zu ängstigen, zu täuschen oder auf sie irgendeine andere Art von Druck oder Zwang auszuüben oder ihr Urteilsvermögen zu beeinflussen oder haben Sie negative Konsequenzen zu befürchten, falls Sie sich weigern, COVID-19 Impfungen durchzuführen, falls Sie Menschen von einer COVID-19 Impfung abraten oder falls der von Ihnen Aufzuklärende eine COVID-19 Impfung ablehnt?

Ja Nein

5. **Hinweis: Eine Antwort auf folgende Frage ist nicht erforderlich, wenn die von Ihnen aufgeklärte Person bereits bezeugt (hat), Ihnen das BFCI-Aufklärungsmerkblatt ausgehändigt zu haben. Sie sind dann bereits ohne Ihre Bestätigung zusätzlich menschenrechtlich haftbar.** Haben Sie das das BFCI-Aufklärungsmerkblatt verstanden und zur Kenntnis genommen?

Ja Nein

6. Können Sie ausschließen, dass die von Ihnen aufgeklärte Person auf einen der Inhaltsstoffe der COVID-19 Impferen allergisch reagiert?

Ja Nein

6. Was ist das Ergebnis Ihrer Aufklärung der aufzuklärenden Person?

(a) Sie entscheidet sich **gegen** eine (weitere) COVID-19 Impfung, ich respektiere diese Entscheidung und stelle hiermit fest, dass die von mir aufgeklärte Person aus medizinischem Grund nicht gegen COVID-19 geimpft werden kann. Auch der menschliche Wille, sich gegen eine medizinische Behandlung zu entscheiden, ist ein medizinischer Grund.

Ja Nein

(b) Sie entscheidet sich **für** eine (weitere) COVID-19 Impfung und ich werde diese ausführen

Ja Nein

(b) Sie entscheidet sich **für** eine (weitere) COVID-19 Impfung und ich werde diese **aus medizinischem Grund nicht ausführen**

Ja Nein

WILLENSERKLÄRUNG

der aufzuklärenden Person über eine Annahme oder Ablehnung des Impfangebots des hier unterzeichnenden, aufklärenden Arztes (*Personalien beider siehe Seite 1*)

Bezüglich der folgenden, mir angebotenen ärztlichen Behandlung (Zutreffendes markiert)

	Comirnaty (BioNTech)	Spikevax (MODERNA)	Vaxzevria (AstraZeneca)	COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson & Johnson)
Impfung 1.				
Impfung 2.				
Impfung 3.				

Ich habe mich selbst umfassend bei den offiziellen und auch bei unabhängigen Quellen bezüglich COVID-19 Impfungen informiert. Ich bin darüber hinaus vom aufklärenden Arzt in dem hier protokollierten Aufklärungsgespräch ausführlich aufgeklärt worden und habe dazu keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene, oben bezeichnete Impfung gegen COVID-19 ein Ja Nein

Ich lehne die die vorgeschlagene, oben bezeichnete Impfung gegen COVID-19 ab Ja Nein

Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift der aufzuklärenden Person

Unterschrift des aufklärenden Arztes

* Vertretung der aufzuklärenden Person bei deren fehlender Einwilligungsfähigkeit

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der aufzuklärenden Person nimmt eine amtsgerichtlich autorisierte sorgeberechtigte, vorsorgeberechtigte oder betreuende Person deren Rechte wahr. Sie trifft die hier in Frage stehende Entscheidung - nach selbst betriebener Aufklärung sowie nach dem hier protokollierten Aufklärungsgespräch mit dem die einwilligungsunfähige Person behandelnden Arzt - anstelle der einwilligungsunfähigen Person.

Die aufzuklärende Person ist einwilligungsunfähig, ich bin die für sie handelnde Person

Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten, aufzuklärenden Personen für die Entscheidung, in die COVID-19 Impfung der nicht einwilligungsfähigen Person einzuwilligen oder diese abzulehnen, ermächtigt wurde.

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten, aufzuklärenden Person
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer)

Name, Vorname **vertretende Person**

E-Mailadresse

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort