

(Stempel)

Ihr Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Seit September 2022 steht von den Firmen BioNTech und Moderna ein Omikron-Impfstoff zur Verfügung. Für den Umgang damit gibt es seit dem 20.09.2022 vorläufige Empfehlungen der STIKO. Mit diesem Formular prüfen wir, ob wir Sie impfen können. Bitte kreuzen Sie alle Situationen an, die auf Sie zutreffen – dies mögen also mehrere sein. Das Mindestalter sind 12 Jahre.

Ich habe bislang **KEINE** Grundimmunisierung gegen das Coronavirus erhalten. (In diesem Falle können wir Sie nicht impfen, da der Impfstoff **NUR** als Auffrischung zugelassen ist.)

Auf mich trifft folgende Situation / treffen folgende Situationen zu:

Ich habe bislang **nur 2 Impfungen** gegen das Coronavirus erhalten und möchte nun meine 3. Dosis als Omikron-Impfstoff erhalten. In den letzten 6 Monaten bin ich weder geimpft worden, noch hatte ich eine Corona-Infektion.

Ich habe bislang **3 Impfungen** gegen das Coronavirus erhalten und möchte nun meine 4. Dosis als Omikron-Impfstoff erhalten. In den letzten 6 Monaten bin ich weder geimpft worden, noch hatte ich eine Corona-Infektion. (Wenn dies auf Sie zutrifft, gibt es die folgenden Zusatzfragen:)

Ich bin über 60 Jahre alt

Ich habe eine Grunderkrankung, und zwar _____

Ich arbeite in einer medizinischen oder Pflege-Einrichtung

Ich wohne in einer Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe

Ich bin noch **stärker gefährdet** als die vorgenannten Personen (z.B. Hochbetagte oder Personen mit Immundefizienz) und hatte schon **4x Kontakt** mit dem Coronavirus (z.B. 2x geimpft und 2x erkrankt ODER 3x geimpft und 1x erkrankt). In den letzten 6 Monaten bin ich jedoch weder geimpft worden, noch hatte ich eine Corona-Infektion.

(besonders gefährdete Kinder im Alter von 5 – 11 Jahren)

Ich bin **seit Dezember 2021** nicht am Coronavirus erkrankt und habe daher keinen Kontakt mit dem Omikron-Virus gehabt.

Ort, Datum: _____ (Unterschrift:) _____

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

Ort, Datum: _____ (Unterschrift:) _____

Ärztl. Unterschrift: _____