



ja نعم

nein لا

9. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt? هل تعاني من أية حساسية؟

ja نعم

nein لا

Wenn ja, welche إذا كانت الإجابة نعم، فما هي؟

---

10. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? هل ظهرت لديك أية أعراض بعد تلقي أية لقاح آخر على سبيل المثال: حساسية أو حمى أو أية أعراض أخرى؟

11.

ja نعم

nein لا

Wenn ja, welche إذا كانت الإجابة نعم، ماهي؟

---

12. Sind Sie schwanger<sup>1</sup>? (Eine Impfung wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.) هل أنت حامل؟

ينصح بتلقي اللقاح في الثلث الثاني من الحمل

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)? إذا كانت الإجابة نعم، ففي أي أسبوع؟

ja نعم

nein لا

SSW \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

mRNA

Schutzimpfung gegen  
COVID-19 (Corona Virus Disease  
2019) (Grundimmunisierung und  
Auffrischimpfung) mit  
mRNA-Impfstoff

(Comirnaty<sup>®</sup> von BioNTech / Pfizer und Spikevax<sup>®</sup>  
von Moderna)

Stand: 04. November 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) **اسم متلقي اللقاح :**

Geburtsdatum **تاريخ الميلاد :** \_\_\_\_\_

Anschrift **العنوان** \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfpflichtigen / meinem Impfarzt. **لقد قرأت محتوى هذا المستند واتيحت لي فرصة المناقشة . مع طبيب/ة التطعيم الخاص بي**

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.

**ليس لدي اية أسئلة أخرى أو أي استشارة طبية .**

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein. **أوافق .**

**mRNA على تلقي التطعيم المقترح ضد فيروس كورونا بلقاح**

Ich lehne die Impfung ab. **أرفض تلقي اللقاح**

Anmerkungen **ملاحظات** \_\_\_\_\_

Ort, Datum **التاريخ / المكان** \_\_\_\_\_

Unterschrift der zu impfenden Person **توقيع متلقي اللقاح**

Unterschrift der Ärztin / des Arztes **توقيع الطبيب/ة**

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person: **إذا كان متلقي اللقاح غير قادر على الموافقة**

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde. **بالنسبة للأشخاص المحتجزين أيضا : أفوض الأشخاص المعنيين لإعطاء أية موافقات مطلوبة .**

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person **توقيع الشخص**

**المفوض للموافقة** (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder

BetreuerIn) **(الوصي القانوني، الحاضن أو المشرف على الرعاية)**

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur

Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) angeben: إذا

كان متلقي اللقاح غير قادر على إعطاء موافقته، فيرجى أيضاً تقديم الاسم وتفاصيل الاتصال الخاصة بالشخص المفوض لمنح الموافقة

Name, Vorname الاسم \_\_\_\_\_

Telefonnr. رقم الهاتف \_\_\_\_\_

E-Mail البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e. V., Marburg, in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e. V.,  
Marburg In Kooperation mit dem Robert  
Koch-Institut, Berlin

Ausgabe 001 Version 011 (Stand 04. November 2021)

