

# ANAMNESE

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

1. Besteht bei Ihnen <sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? هل تعاني في الوقت الحالي من أية أمراض مزمنة أو حمى?  
 ja نعم  nein لا

2. Sind Sie <sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden? هل تلقيت أي لقاح خلال 14 يوماً الماضية?

3.  ja نعم  nein لا

4. Wurden Sie <sup>1</sup> bereits gegen COVID-19 geimpft? هل سبق لك أن تلقيت لقاح فيروس كورونا من قبل?  
 ja نعم  nein لا

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر اسم اللقاح وتاريخ تلقيه

Datum:  التاريخ Impfstoff:  اسم اللقاح  
Datum:  التاريخ Impfstoff:  اسم اللقاح  
Datum:  التاريخ Impfstoff:  اسم اللقاح

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.) (رجاء احضار شهادة التطعيم الخاصة بك أو أي دليل على تلقيك اللقاح)

5. Falls Sie <sup>1</sup> bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie <sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt? في حالة تلقيك لقاح ضد فيروس كورونا من قبل، هل تطورت لديك أية أعراض حساسية?  
 ja نعم  nein لا

Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung

aufgetreten?

Ja  نعم هل ظهرت عليك أية أعراض أخرى بعد تلقيك اللقاح  nein لا

Wenn ja, welche? إذا كانت الإجابة نعم، ماهي؟

6. Wurde bei Ihnen <sup>1</sup> in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? هل تم تشخيصك بالإصابة بفيروس كورونا من قبل?  
 ja نعم  nein لا

Wenn ja, wann? إذا كانت الإجابة نعم، فمتى؟   
(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.) (بعد الإصابة بعدوى فيروس كورونا، يُنصح بتلقي اللقاح في فترة تتراوح بين 4 أسابيع إلى 6 أشهر. رجاء احضار دليل التعافي إلى موعد تلقي اللقاح)

7. Haben Sie <sup>1</sup> chronische Erkrankungen oder leiden Sie <sup>1</sup> an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)? هل تعاني من أمراض مزمنة أو أمراض نقص المناعة (على سبيل المثال بسبب العلاج الكيميائي، أو دواء تثبيط المناعة، أو أية أدوية أخرى)?  
 ja نعم  nein لا

Wenn ja, welche? إذا كانت الإجابة نعم، رجاء ذكرها

8. Leiden Sie <sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? هل تعاني من أية مشاكل في الدم؟ أو تتناول أدوية لسيولة الدم؟  
 ja نعم  nein لا

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® von BioNTech / Pfizer und Spikevax®  
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 أية 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)

