workdocs.de
Betriebsmedizin und mehr
D-36100 Petersberg Kreuzgrundweg 1 Tel: 0661 – 410 95 7 95
D-34270 Schauenburg Werrastraße 11 Fax. 0661 – 410 95 7 94

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Studierende,

wir planen in Kooperation mit der Universität Kassel für Studierende Corona-Schutzimpfungen direkt am Campus der Universität Kassel, um kurzfristig auch der Generation ab 20 eine Impfmöglichkeit bieten zu können. Wir impfen auch Kinder von Studierenden (ab 12 Jahre).

- Als Impfstoff verwenden wir ausschließlich den mRNA-Impfstoff von BioNTech (Comirnaty)

Teilnehmen können an der Aktion Studierende und Mitarbeiter der Universität Kassel sowie deren direkte Partner und Kinder (ab 12 Jahren).

Wer wird an dem Impftermin nicht von uns geimpft ?

- Schwangere (bitte klären Sie eine Impfung mit Ihrem Gynäkologen ab)
- Keine Mitarbeiter/Studierende, mit erheblichen Vorerkrankungen (insbesondere Gerinnungsstörungen, starke Allergiker, mit Antikoagulation behandelte (Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Xarelto)
- Keine aktuell Erkrankten (Sie können nach Genesung einen Impftermin in unserer Praxis vereinbaren und die Impfung nachholen)
- Keine Studierenden, die in den letzten zwei Wochen eine andere Schutzimpfung erhalten haben

Die Impfung ist sicher – aber nicht unbedingt gut verträglich. Wir sehen, dass Impfreaktionen häufiger und stärker auftreten, als bei anderen Impfungen (wie z.B. Grippeschutzimpfung). In sehr seltenen Fällen sind auch nach Gabe von BioNTech Thrombosen mit Thrombozytopenie beobachtet worden. Auch wurden allergische Reaktionen berichtet. Bei jungen Männern kann es in extrem seltenen Fällen zur Herzmuskelentzündung kommen; diese heilt normalerweise problem- und folgenlos aus.

Wie sieht der Ablauf aus ?

- Sie werden nur geimpft, wenn Sie am Impftermin pünktlich Ihren Termin wahrnehmen und die entsprechenden Unterlagen vollständig vorliegen. Aufgrund der Zeitknappheit muss unser Team Sie sonst von der Impfaktion ausschließen.
  - ➔ Komplett ausgefüllter Aufklärungsbogen (Aufklaerung.pdf)
  - ➔ Komplett ausgefüllte Einwilligung (Einwilligung.pdf) (wir führen KEINE ausführlichen Aufklärungsgespräche durch. Sind Vorerkrankungen bekannt oder bestehen weitere Fragen, dann klären Sie diese bitte mit Ihrem Hausarzt ab, der Sie kennt und über Ihre Vorerkrankungen informiert ist. Der Hausarzt kann ein entsprechendes Gespräch mit der kassenärztlichen Vereinigung abklären und Sie auch gegen Covid-19 impfen. Alternativ können Sie nach erfolgter Aufklärung beim Hausarzt dann die Impfung auch während der Impfaktion an der Universität erhalten. Bringen Sie hierfür eine Bescheinigung des Hausarztes mit, dass keine ärztlichen Bedenken gegen eine Impfung bestehen).
  - ➔ Komplett ausgefüllter Infobogen (letzte Seite dieser Information)
  - ➔ Sie tragen eine FFP2-Schutzmaske bzw. eine chirurgische Maske
  - ➔ Kinder werden nur in Anwesenheit der Erziehungsberechtigten geimpft

Am Impftermin prüfen wir, ob die Unterlagen vollständig ausgefüllt und unterschrieben sind und impfen Sie dann direkt. Bitte vergessen Sie nicht Ihren Impfpass. Die Zweitimpfung wird kurzfristig nach vier bis fünf Wochen erfolgen, so dass Sie möglichst rasch über einen vollständigen Impfschutz und damit den bestmöglichen Schutz vor der Delta-Variante des Coronavirus verfügen.

Achten Sie in den Tagen nach der Impfung auf Nebenwirkungen. „Normal“ sind leichte Kopfschmerzen wie auch leichtes Fieber oder Gliederschmerzen (insbesondere an der Einstichstelle). Es ist ein „Covid-19-Arm“ beschrieben – Patienten berichteten von Schmerzen im gesamten Arm.

workdocs.de
Betriebsmedizin und mehr
D-36100 Petersberg Kreuzgrundweg 1 Tel: 0661 – 410 95 7 95
D-34270 Schauenburg Werrastraße 11 Fax. 0661 – 410 95 7 94

Bedenklich sind stärkste Kopfschmerzen wie auch punktförmige Einblutungen unter der Haut (ggfs. am gesamten Körper), die rot oder blau erscheinen können (wie kleine Nadelstiche). In diesem Fall stellen Sie sich SOFORT bei einem Arzt vor und lassen eine Thrombose bzw. einen Abfall der Blutplättchen (Thrombozytopenie) sicher ausschließen. Es wurden auch Fälle einer Herzmuskelentzündung bei jungen Männern beschrieben. Unklar ist aktuell noch, ob es einen Zusammenhang zur Impfung gibt. Achten Sie deshalb in den Tagen nach der Impfung auf einen „Leistungsabfall“ (Atemnot bei Belastung, Beinschwellungen) und stellen Sie sich ggfs. beim Hausarzt vor.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir am Impftag für Fragen oder ausführliche Erklärungen keine Zeit haben, da möglichst viele Studierenden geimpft werden sollen. Klären Sie Fragen deshalb im Vorfeld ab (z.B. mit Ihrem Hausarzt).

Für ausländische Mitarbeiter stehen im Internet Unterlagen in Ihrer Landessprache zur Verfügung:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Weitere Informationen:

Wie funktioniert ein mRNA-Impfstoff ?
https://www.youtube.com/watch?v=rqbOZF5QkkQ

Wie funktioniert eine Corona-Impfung ?
https://www.youtube.com/watch?v=l4raNRvEqqI

Spätfolgen durch Covid-19-Impfung ?
https://www.youtube.com/watch?v=Z9CHJf0rHXw

Aufklärungsvideo zu Covid-19-Impfung
https://www.youtube.com/watch?v=deu2bcY0qJA

Fragen zu BioNTech-Impfstoff
https://biontech.de/de/covid-19

Notizen:

workdocs.de
Betriebsmedizin und mehr
D-36100 Petersberg Kreuzgrundweg 1 Tel: 0661 – 410 95 7 95
D-34270 Schauenburg Werrastraße 11 Fax. 0661 – 410 95 7 94

Einwilligungserklärung Covid-19-Schutzimpfung:

(Diese Erklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben mitbringen. Vergessen Sie nicht Ihren Impfpass)

Name/Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Strasse / Nr. : _____ PLZ/Wohnort: _____

eMail-Adresse (Sie erhalten das digitale Impfzertifikat automatisch an diese eMail-Adresse zugesandt):

_____

Ich lasse mich auf eigenen Wunsch mit Comirnaty (BioNTech) gegen Covid-19 impfen. Ich habe die entsprechenden Unterlagen

- Anamnesebogen
- Einwilligungserklärung
- sowie die in Links angegebenen Fachinformationen gelesen und verstanden.

Ich habe mich über Nebenwirkungen und Risiken der Impfung ausreichend über die angegebenen Links bzw. Internetangebote informiert, verstanden und habe keine weiteren Fragen. Etwaige Fragen zu Vorerkrankungen, etc. habe ich im Vorfeld (z.B. mit meinem Hausarzt) abgeklärt. Über mögliche Nebenwirkungen der Schutzimpfung (wie z.B. Kopfschmerzen, Fieber, Gliederschmerzen, Lähmungserscheinungen, in sehr seltenen Fällen Thrombosen (Blutgerinnsel), Herzmuskelenzündungen bis hin zum Tod habe ich mich ausführlich informiert und bin mit der Impfung in vollem Umfang einverstanden.

Am Impftermin habe ich keine weiteren Fragen und verzichte auch ausdrücklich auf ein Aufklärungsgespräch mit dem Impfarzt. Ich stelle das Impfteam ausdrücklich von Ansprüchen bezüglich einer etwaigen unvollständigen Aufklärung frei.

Ich erkläre zudem, dass ich

- nicht schwanger bin
- es im Rahmen von Impfungen bislang noch nie zu einer Impfreaktion (allergischer Schock, etc.) gekommen ist
- in den letzten 14 Tagen keine sonstige Schutzimpfung(en) erhalten habe
- keine blutverdünnenden Medikamente einnehme (Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Xarelto)
- aktuell nicht erkrankt bin

Datum: Unterschrift:

Datum: Impfarzt:

workdocs.de
Betriebsmedizin und mehr
D-36100 Petersberg Kreuzgrundweg 1 Tel: 0661 – 410 95 7 95
D-34270 Schauenburg Werrastraße 11 Fax. 0661 – 410 95 7 94

Covid 19 vaccination consent form:

(Bring this declaration fully completed and signed. Do not forget your vaccination certificate)

Name/ First name: _____ Date of birth: _____

Street/No. : _____ Postcode/Place of residence: _____

eMail address (you will automatically receive the digital vaccination certificate to this eMail address):

_____

At my own request, I will be vaccinated against Covid-19 with Comirnaty (BioNTech). I have the corresponding documents

- medical history sheet
- consent form
- as well as the specialist information given in the links, and have understood them.

I have informed myself sufficiently about the side effects and risks of the vaccination via the links or internet offers provided, I have understood them and have no further questions. I have clarified any questions about previous illnesses, etc. in advance (e.g. with my family doctor). I have informed myself in detail about possible side effects of the vaccination (such as headaches, fever, pain in the limbs, symptoms of paralysis, in very rare cases thrombosis (blood clots), inflammation of the heart muscle and even death) and I fully agree to the vaccination.

I have no further questions at the vaccination appointment and also expressly waive an explanatory discussion with the vaccinator. I expressly release the vaccination team from claims regarding any incomplete information.

I also declare that I

- I am not pregnant
- I have never had a vaccination-related reaction (allergic shock, etc.)

I have not been vaccinated

- have not received any other vaccination(s) in the last 14 days
- I am not taking any blood-thinning medication (Marcumar, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Xarelto).
- I am not currently ill

Date: Signature:

Date: Vaccinator:

workdocs.de
Betriebsmedizin und mehr
D-36100 Petersberg Kreuzgrundweg 1 Tel: 0661 – 410 95 7 95
D-34270 Schauenburg Werrastraße 11 Fax. 0661 – 410 95 7 94

ANAMNESE

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

(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und
COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Stand: 01. April 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen[1] derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?
   ☐ ja ☐ nein

2. Haben Sie[1] bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____
   (Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

3. Falls Sie[1] bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie[1] danach eine allergische Reaktion entwickelt?
   ☐ ja ☐ nein

4. Wurde bei Ihnen[1] in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? *(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung frühestens 6 Monate nach Genesung bzw. Diagnosestellung durchzuführen.)*
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, wann _____

5. Haben Sie[1] chronische Erkrankungen oder leiden Sie[1] an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche _____

6. Leiden Sie[1] an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
   ☐ ja ☐ nein

7. Ist bei Ihnen[1] eine Allergie bekannt?
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche _____

8. Traten bei Ihnen[1] nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?
   ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche _____

9. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie[1]?
   ☐ ja ☐ nein

10. Sind Sie[1] in den letzten 14 Tagen geimpft worden?
    ☐ ja ☐ nein

[1] ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet