

Medical history for preventive vaccination against COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) – with mRNA vaccines –  
(Comirnaty® from BioNTech/Pfizer and Spikevax®, formerly COVID-19 Vaccine Moderna® from Moderna)

Anamnese zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoffen –

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

**1. Do you<sup>1</sup> currently have an acute illness with fever?**  Yes  No

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  ja  nein

**2. Have you<sup>1</sup> been vaccinated within the last 14 days?**  Yes  No

2. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?  ja  nein

**3. Have you<sup>1</sup> already been vaccinated against COVID-19?**  Yes  No

If yes, when and with which vaccine? Date: Vaccine:

Date: Vaccine:

*(Please bring your vaccination card or other proof of vaccination to your vaccination appointment.)*

**3. Wurden Sie<sup>1</sup> bereits gegen COVID-19 geimpft?**  ja  nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: Impfstoff:  
Datum: Impfstoff:

*(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)*

**4. In the event you<sup>1</sup> have already received one COVID-19 vaccine dose:  
Did you<sup>1</sup> develop an allergic reaction thereafter?**  Yes  No

4. Falls Sie<sup>1</sup> bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben:  
Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?  ja  nein

**5. Has it been reliably proven that you<sup>1</sup> were infected with  
the novel coronavirus (SARS-CoV-2) in the past?**  Yes  No

If yes, when?

*(After infection with SARS-CoV-2, vaccination is recommended 4 weeks to 6 months after diagnosis. Please bring proof to your vaccination appointment.)*

**5. Wurde bei Ihnen<sup>1</sup> in der Vergangenheit eine Infektion mit  
dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?**  ja  nein

Wenn ja, wann?

*(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosstellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)*

**6. Do you<sup>1</sup> have chronic diseases or do you<sup>1</sup>  
suffer from immunodeficiency (e.g. due to chemotherapy,  
immunosuppressive therapy or other medications)?**  Yes  No

If yes, which?

6. 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)?  ja  nein

Wenn ja, welche?

**7. Do you<sup>1</sup> suffer from a coagulation disorder or do you take blood-thinning medication?**

0 Yes

0 No

7. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

0 ja

0 nein

**8. Do you<sup>1</sup> have any known allergies?**

0 Yes

0 No

If yes, which?

8. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

0 ja

0 nein

Wenn ja, welche?

**9. Have you<sup>1</sup> ever experienced allergic symptoms, high fever, fainting spells or other uncommon reactions following a previous different vaccination?**

0 Yes

0 No

If yes, which?

9. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

0 ja

0 nein

Wenn ja, welche?

**10. Are you<sup>1</sup> pregnant?**

0 Yes

0 No

If yes, in which month of pregnancy?

*(Vaccination is recommended after the second trimester of pregnancy)*

<sup>1</sup> This will potentially be answered by the legal representative.

10. Sind Sie<sup>1</sup> schwanger?

0 ja

0 nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

*(Eine Impfung wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)*

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

Declaration of Consent for preventive vaccination against COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) –with mRNA vaccine –

(Comirnaty® from BioNTech/Pfizer and Spikevax®, formerly COVID-19 Vaccine Moderna® from Moderna)

Name of the person to be vaccinated (surname, first name):

Date of birth:

Address:

Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoff –

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

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

I have taken note of the contents of the information sheet and had the opportunity to have a detailed discussion with my practitioner administering the vaccine.

- I have no further questions and expressly renounce the medical clarification discussion.
- I consent to the recommended vaccine against COVID-19 with mRNA vaccine.
- I refuse the vaccine.

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.

Annotations:

\_\_\_\_\_  
Place, date:

\_\_\_\_\_  
Signature of the person to receive the vaccine

\_\_\_\_\_  
Signature of the practitioner

If the person to be vaccinated is not competent to provide consent:

Additionally for custodians: *I declare that I have been authorised to provide consent by any other persons entitled to custody.*

\_\_\_\_\_  
Signature of the person authorised to provide consent (custodian, legal care provider or guardian)

If the person to be vaccinated is not competent to provide consent, please also provide the name and contact details of the person authorised to provide consent (custodian, legal care provider or guardian):

Surname, first name:

Telephone no.:

E-mail:

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu impfenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: *Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) angeben:

Name, Vorname:

Telefonnr.:

E-Mail:

This medical history and consent form was prepared by Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg in cooperation with the Robert Koch Institute, Berlin and is copyright protected. It may only be reproduced and passed on for non-commercial use within the scope of its purpose. Any editing or modification is prohibited.

Publisher: Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg  
In cooperation with the Robert Koch Institute, Berlin  
Edition 001 Version 010 (as of 19<sup>th</sup> October 2021)

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 010 (Stand 19. Oktober 2021)