

## Impfung SARS-CoV-2 Einverständniserklärung

## Vaccinazione SARS-CoV-2 Modulo di consenso

Vor- und Nachname  
Nome e cognome \_\_\_\_\_

Geburtsort  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Geburtsdatum  
Data di nascita \_\_\_\_\_

Wohnsitz  
Residenza \_\_\_\_\_

Telefon  
Telefono \_\_\_\_\_

Nr. Gesundheitskarte (wenn verfügbar) / n. Tessera sanitaria (se disponibile): \_\_\_\_\_

Ich habe das *Informationsblatt*, von dem ich eine Kopie erhalte, in einer mir bekannten Sprache gelesen und verstanden.

Ich habe das *Anamneseblatt* wahrheitsgemäß ausgefüllt und mit dem Gesundheitspersonal überprüft.

In Anwesenheit von zwei für die Impfung zuständigen Gesundheitsfachkräften habe ich Fragen zur Impfung und zu meinem Gesundheitszustand gestellt und ausreichende und für mich verständliche Informationen erhalten.

Ich wurde korrekt und in verständlichen Worten informiert, habe die Vorteile und die Risiken der Impfung, die Modalitäten und die therapeutischen Alternativen sowie die Folgen einer eventuellen Verweigerung oder eines Verzichts auf den Abschluss der Impfung, mit der 2. Dosis, verstanden.

Ich bin mir meiner Verantwortung bewusst, dass ich bei Auftreten von Nebenwirkungen unverzüglich meinen Arzt informieren und seine Anweisungen befolgen werde.

Ich stimme zu, nach Verabreichung des Impfstoffs mindestens 15 Minuten im Wartezimmer zu verbleiben, um sicherzustellen, dass keine *unmittelbaren Nebenwirkungen auftreten*.

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa*, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la *Scheda Anamnestica*.

In presenza di due Professionisti Sanitari addetti alla vaccinazione ho posto domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino *reazioni avverse immediate*.

### EINVERSTÄNDNIS

Ich bin einverstanden und autorisiere die Verabreichung des folgenden Impfstoffes:

- Pfizer-BioNTech Covid-19
- Covid-19 Vaccine Moderna
- Covid-19 Vaccine AstraZeneca

Datum und Ort / Data e luogo \_\_\_\_\_

### CONSENSO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del seguente vaccino:

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters*  
*Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale*

**ABLEHNUNG****RIFIUTO**

Ich lehne die Verabreichung des folgenden Impfstoffs ab: Rifiuto la somministrazione del seguente vaccino:

- Pfizer-BioNTech Covid-19
- Covid-19 Vaccine Moderna
- Covid-19 Vaccine AstraZeneca

Datum und Ort / Data e luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters*  
*Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale*

**Gesundheitspersonal des Impfteams –  
Verabreichung der 1. Dosis**

Vor- und Nachname  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_

Berufsbild  
 Profilo professionale \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass die zu impfende Person, nach angemessener Information, die Zustimmung zur Impfung gegeben hat.

**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale –  
somministrazione 1ª dose**

Vor- und Nachname  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_

Berufsbild  
 Profilo professionale \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes/der Ärztin  
 Firma del Medico

**Gesundheitspersonal des Impfteams -  
Verabreichung der 2. Dosis**

Vor- und Nachname  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_

Berufsbild  
 Profilo professionale \_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass die zu impfende Person, nach angemessener Information, die Zustimmung zur Impfung gegeben hat.

**Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale –  
somministrazione 2ª dose**

Vor- und Nachname  
 Nome e cognome \_\_\_\_\_

Berufsbild  
 Profilo professionale \_\_\_\_\_

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo consenso alla vaccinazione, dopo essere stato adeguatamente informato.

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes/der Ärztin  
 Firma del Medico

**Details zu Verabreichung der Impfung****Dettagli operativi della vaccinazione**

	Verabreichungsstelle Sito di iniezione M. deltoideus		Charge Lotto	Verfallsdatum Data di scadenza	Verabreichungsort Luogo di somministrazione	Datum und Uhrzeit Data e ora	Unterschrift Gesundheitspersonal Firma personale sanitario
	dx	sx					
1. Dosis 1° dose	dx	sx					
2. Dosis 2° dose	dx	sx					