

Анамнез для запобіжної вакцинації проти COVID-19 (коронавірусного захворювання 2019) (Первинна і повторна вакцинація)

– вакцинами mRNA –

(Comirnaty® 10 мкг або 30 мкг виробництва BioNTech/Pfizer та Spikevax® виробництва Moderna)

Anamnese zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen)
– mit mRNA-Impfstoffen –
(Comirnaty® 10 µg bzw. 30 µg von BioNTech/Pfizer und Spikevax® von Moderna)

1. Чи ви¹ страждаєте в даний час на гостре захворювання з високою температурою?

Так Ні

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja nein

2. Чи вакцинувалися ви¹ впродовж останніх 14 днів?

Так Ні

2. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja nein

3. Ви¹ вже робили щеплення від COVID-19?

Так Ні

Якщо так, то коли й якою вакциною? Дата

Вакцина:

Дата

Вакцина:

Дата

Вакцина:

(Будь ласка, принесіть у день вакцинації свою картку щеплень або інший документ, що підтверджує вакцинацію.)

3. Wurden Sie¹ bereits gegen COVID-19 geimpft?

ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum:

Impfstoff:

Datum:

Impfstoff:

Datum:

Impfstoff:

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

4. Якщо ви¹ вже отримали одну дозу вакцини проти COVID-19:

Чи розвинулася у вас¹ згодом алергічна реакція?

Так Ні

Чи спостерігалися у вас незвичайні реакції після вакцинації?

Так Ні

Якщо так, то які?

4. Falls Sie¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben:

Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja nein

Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche?

5. Чи було належним чином підтверджено, що ви¹ були інфіковані коронавірусом (SARS-CoV-2) у минулому?

Так Ні

Якщо так, то коли?

(Після інфекції SARS-CoV-2 рекомендується проводити вакцинацію через 3 місяці після встановлення діагнозу. Просимо принести підтвердження прийому до лікаря при отриманні вакцинації.)

5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? ja nein

Wenn ja, wann?

(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 3 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)

6. Чи ви¹ страждаєте на будь-які хронічні захворювання або маєте імунodefіцит (наприклад, внаслідок хіміотерапії, імунодепресивної терапії чи інших медикаментів)? Так Ні

Якщо так, то які?

6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)? ja nein

Wenn ja, welche?

7. Чи страждаєте ви¹ від порушення процесу згортання крові або приймаєте ліки, що розріджують кров? Так Ні

7. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

8. Чи ви^{*1} маєте алергічні реакції? Так Ні

Якщо так, то які?

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt? ja nein

Wenn ja, welche?

9. Чи виникали у вас¹ колись після попередніх вакцинацій іншими вакцинами алергічні симптоми, висока температура, втрата свідомості або інші незвичайні реакції? Так Ні

Якщо так, то які?

9. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? ja nein

Wenn ja, welche?

10. Ви¹ вагітні? Так Ні

Якщо так, то на якому місяці вагітності?

(Щеплення вакциною Comirnaty[®] рекомендується після 2-го триместру).

¹ На ці запитання може відповісти ваш законний представник

10. Sind Sie¹ schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

(Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty[®] wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

¹ Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

Заява про згоду на запобіжну профілактичну вакцинацію проти COVID-19 (коронавірусне захворювання 2019) (Первинна вакцинація) – вакциною mRNA – (Comirnaty® 10 мкг або 30 мкг виробництва BioNTech/Pfizer та Spikevax® виробництва Moderna).

Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen)
– mit mRNA-Impfstoff –

(Comirnaty® 10 µg bzw. 30 µg von BioNTech/Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Прізвище особи, якій роблять щеплення (прізвище, ім'я):

Дата народження:

Адреса:

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Я взяв(-ла) до уваги зміст інформаційного листа і отримав(-ла) детальну консультацію у мого вакцинуючого лікаря.

- У мене більше немає питань і я категорично відмовляюся від лікарської консультації.
- Я згоден(-на) на запропоновану вакцинацію проти COVID-19 вакциною mRNA.
- Я не згоден(-на) на вакцинацію.

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.

Примітки:

Місце, дата:

Підпис особи, якій роблять щеплення

Підпис лікаря

Якщо особа, яка отримує щеплення, не здатна самостійно дати згоду:

Додаток для опікунів: Я заявляю, що я був/була уповноважений/-а надати згоду будь-якою іншою особою, яка підпадає під опіку.

Підпис особи, яка за законом має право на надання згоди (опікун, особа, яка здійснює догляд за пацієнтом, відповідно до законодавства, або супроводжує)

Якщо особа, якій роблять щеплення, не має достатніх повноважень, щоб дати згоду, також вкажіть ім'я та контактні дані законного представника, уповноваженого на дачу згоди відповідно до законодавства (опікуна, особи, яка здійснює догляд за пацієнтом відповідно до законодавства, або супровідної особи):

Прізвище ім'я:

Номер телефону:

Електронна пошта:

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/ Betreuer)

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

Name, Vorname:

Telefonnr.:

E-Mail:

Ця версія анамнезу й інформованої згоди була підготовлена Німецькою Асоціацією Зеленого Хреста в Марбурзі у співпраці з Інститутом Роберта Коха в Берліні та захищена авторським правом. Вона може лише відтворюватися та передаватися для некомерційного використання за призначенням. Будь-яке редагування чи внесення змін заборонено.

Видавець: Німецька Асоціація Зеленого Хреста, Марбург
У співробітництві з Інститутом Роберта Коха, Берлін
Випуск 001 Версія 015 (станом на 15 лютого 2022 р.)

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 015 (Stand 15. Februar 2022)