

Hinweise zur Booster-Impfung



gegen das Coronavirus (CoViD-19) - mRNA-Impfstoff Biontech (Comirnaty®) oder Moderna (Spikevax®)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie haben sich für eine Auffrischungsimpfung entschieden. Nach aktuellen Erkenntnissen erhöht diese deutlich den Schutz vor einer schweren CoViD-Erkrankung.

Die Auffrischung soll mit einem mRNA_impfstoff erfolgen. Die Impfstoffe von Biontech und Moderna unterscheiden sich hinsichtlich der Wirksamkeit und Sicherheit nur geringfügig. Die Wissenschaft geht aktuell davon aus, dass ein Wechsel zwischen beiden problemlos möglich ist.

Über folgende Nebenwirkungen sollten Sie vorab Bescheid wissen:

Ähnlich wie bei der zweiten Impfung kommt es HÄUFIG (damit müssen Sie wirklich rechnen) zu Schmerzen im Oberarm, Kopf- bzw. Gliederschmerzen, Fieber, Schwächegefühl, Müdigkeit, GELEGENTLICH zu Schwellung der Impfstelle oder Lymphknoten, Übelkeit, Durchfall, Hautausschlag.

┆ Diese Erscheinungen gehen in der Regel nach 2-3 Tagen vorbei. Selten ist ärztliche Behandlung erforderlich. Sie erhalten bei Bedarf eine Krankschreibung von uns.

SEHR SELTEN (weit weniger als 1x bei 5000 Impfungen): bedrohliche allergische Sofortreaktionen, in Einzelfällen allergischer Schock; vorübergehende Lähmungserscheinungen (reversibel), Herzmuskelentzündung (unter 1:10.000, häufiger bei jungen Männern, meist milde verlaufend).

Um möglichst sicher zu gehen, beantworten Sie bitte am Impftag folgende Fragen:

Spürten Sie bei einer früheren CoViD-Impfung starke Nebenwirkungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie aktuell Fieber oder fühlen Sie sich krank?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waren Sie selbst schon einmal dem Coronavirus infiziert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den letzten 7 Tagen eine andere Impfung erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Blutverdünner ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie immunsupprimierende Medikamente ein (z.B. bei Rheuma oder Krebserkrankungen) oder besteht eine Immunschwäche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie jemals schwere allergische Reaktionen (Luftnot, Hautausschlag, Ohnmacht, Kreislaufkollaps) nach Impfungen, Infusionen oder Spritzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

NACH DER IMPFUNG bleiben Sie bitte wenigstens noch 15 min in der Praxis. Wenn innerhalb der folgenden Stunden unerwartet heftige Beschwerden auftreten, oder wenn die Beschwerden länger als drei Tage anhalten, melden Sie sich bitte bei uns oder ggf. beim Notdienst (116 117).

Am Tag der Impfung sollten Sie starke körperliche Belastungen vermeiden. Gegen die häufigen Allgemeinreaktionen hilft bei Bedarf ein leichtes Schmerzmittel wie Paracetamol oder Ibuprofen. Schmerzen im Arm werden auch durch Kühlung besser.

Bestätigung der Aufklärung und Einwilligung

Name: _____ geb. am _____

Ich habe die o.g. Informationen gelesen und verstanden und

möchte geimpft werden. habe weitere Fragen. verzichte auf die Impfung.

Würzburg, den _____ Unterschrift _____