



\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## Erklärung zur Corona-Impfung

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zum Impftermin mit.)

Die Impfung soll möglichst **12 Monate nach dem letzten Antigenkontakt** (Erkrankung oder Impfung) mit COVID-19 durchgeführt werden

- Meine letzte Impfung gegen COVID-19 war am \_\_\_\_\_ (Datum)  
mit dem Impfstoff von \_\_\_\_\_ .
- Ich war zuletzt an COVID-19 erkrankt im \_\_\_\_\_ (Monat/ Jahr).
- Ich habe die letzten Impfungen gegen COVID-19 gut vertragen.  
oder:
- Ich habe nach einer COVID-19-Impfung folgende Nebenwirkung gehabt:  
\_\_\_\_\_

(Wenn Sie eine schwere allergische Reaktion nach der COVID-Impfung hatten, können wir Sie hier nicht gegen COVID-19 impfen)

- Ich habe die Aufklärung über die Impfung gelesen und habe keine weiteren Fragen zur Impfung.
- Ich stimme der Durchführung der Auffrischungsimpfung gegen COVID-19 mit dem Impfstoff Comirnaty Omicron XBB.1.5 zu.

Griesheim, \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)