

Impfung SARS-COV-2 Einverständniserklärung

Vaccinazione SARS-CoV-2 Modulo di consenso

Vor- und Nachname
Nome e Cognome _____

Geburtsdatum
Data di nascita _____

Geburtsort
Luogo di nascita _____

Wohnsitz
Residenza _____

Telefon
Telefono _____

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

Ich habe das *Informationsblatt* in Anhang 1, von dem ich eine Kopie erhalte, in einer mir bekannten Sprache gelesen und verstanden.

Ich habe das *Anamneseblatt* in Anhang 2 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*.

EINVERSTÄNDNIS

Ich bin einverstanden und autorisiere die Verabreichung des Impfstoffes „Pfizer-BioNTech COVID-19“.

Datum und Ort / Data e luogo _____

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa* in Allegato 1, di cui ricevo copia.

Ho compilato in modo veritiero e ho riesaminato con il Personale Sanitario la *Scheda Anamnestica* in Allegato 2.

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*.

CONSENSO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

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

ABLEHNUNG

Ich lehne die Verabreichung des Impfstoffs „Pfizer-BioNTech COVID-19“ ab.

RIFIUTO

Rifiuto la somministrazione del vaccino "Pfizer-BioNTech COVID-19".

Datum und Ort / Data e luogo _____

*Unterschrift der Person, die den Impfstoff ablehnt, oder des gesetzlichen Vertreters
Firma della Persona che rifiuta il vaccino o del suo Rappresentante legale*

Gesundheitspersonal, welches die Impfung durchgeführt hat

Personale sanitario che ha effettuato la vaccinazione

1 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.

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

Unterschrift / firma

2 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.

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

Unterschrift / firma

Details zu Verabreichung der Impfung

Dettagli operativi della vaccinazione

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