

IMPFDOKUMENTATION

Rheinland-Pfalz



DOKUMENTE IMPFPROZESS MOBILE TEAMS

Übersicht und Nutzung

Version 0.7





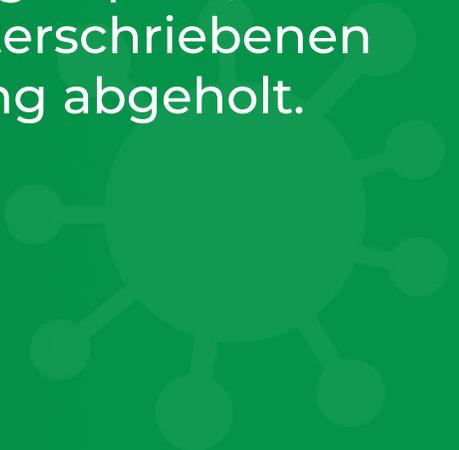
INHALT

- Laufzettel Termin 1 und 2
 - Aufklärung (nur Termin 1)
 - Impfbestätigung
 - Nebenwirkungskarte (Termin 1 und 2)
- 
- 



LAUFZETTEL

Der ausgefüllte Laufzettel wird am Ende für den Impfling kopiert, das Original wird, gemeinsam mit einer Ausfertigung des unterschriebenen und ausgefüllten Aufklärungsbogens, in der Einrichtung abgeholt.





Laufzettel

IMPFDOKUMENTATION RHEINLAND-PFALZ
MOBILES IMPFTEAM/BETRIEBSÄRZTE // Laufzettel 1. Impftermin

Version 1.8

Priorität festgestellt MA BW

STAMMDATEN

männlich weiblich divers

MR-Code: _____ Name/Vorname: _____ Terminindikator: _____
Geburtsdatum: _____ EinrichtungSID: _____
Impfnummer: _____ Datum (Termin 1): _____ Datum (Termin 2): _____

Wenn möglich auszufüllen durch (Pflege-)Einrichtung/betreuenden Arzt

KONTRAINDIKATIONEN

Keine
 Akute behandlungsbedürftige Erkrankung, insbesondere fieberhafte Infektionskrankheit
 Geburtsdatum jünger als 18 Jahre (Ausnahme BioNTech-Impfstoff 16 Jahre)
 Es liegt eine Schwangerschaft vor
 In den letzten 2 Wochen eine andere Impfung erhalten

VORERKRANKUNGEN

Keine
 Fehlende Immunantwort bei schwerer Immunsuppression (z.B. unter Chemotherapie oder Biologica)
 schwerwiegende Allergie
 chronische Krankheiten der Atmungsorgane
 Herz-Kreislauferkrankungen
 chronische Erkrankungen der Leber
 chronische Nierenkrankheiten
 Erkrankungen des Immunsystems
 chronische neurologische Krankheiten

Stoffwechselerkrankungen
 Adipositas
 bereits SARS-CoV-2 pos.
 Krebserkrankungen
 Rheumatische Erkrankungen

Einnahme Arzneimittel:

Keine
 Gerinnungshemmer/Blutverdüner
 Sonstiges
Medikationsplan vorhanden? ja nein

Auszufüllen durch Impfarzt

ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der Terminvereinbarung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche? _____

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG (durch Impfarzt und Impfling)

Name des Arztes: _____ Unterschrift: _____
Ich habe die schriftliche Aufklärung im Vorfeld erhalten, gelesen und verstanden. Unterschrift: _____
Ich habe noch Fragen. ja nein
Wenn ja: Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. Unterschrift: _____
Ich bin mit der Impfung mit dem Impfstoff in zwei Dosen zu den genannten Terminen einverstanden und bestätige, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Unterschrift: _____

IMPFUNG

Impfstoff: _____
Chargennummer Impfstoff: _____
Zeitpunkt der Impfung (Uhrzeit): _____

ABBRUCHGRÜNDE

Keine Impfberechtigung (falsche Angaben bei Terminvergabe)
 Medizinische Kontraindikation
 Impfabbruch durch Impfling (z.B. keine Einwilligung unterzeichnet)
 Impfteamsseitiger Abbruch
 Nicht-Antreffen
 Sonstiges

NEBENWIRKUNGEN

Keine

Art/Beschreibung (z.B. Schmerzen)	Lokal/Systemisch	Schweregrad (1 = leicht, 5 = schwer)
①		
②		
③		

CHECK-OUT

regulärer Check-Out
 ja nein, Grund: _____

1. Stammdaten

2. Kontraindikationen

3. Vorerkrankungen und Medikamente

6. Daten zur Impfung

8. Dokumentation Nebenwirkungen (Beobachtung nach Impfung)

4. Änderungen Gesundheitszustand

5. Aufklärung/Einwilligung

7. Abbruchdokumentation

9. Dokumentation Check-Out



Laufzettel Termin 1 – 1. Stammdaten

Version 1.6

0 **Priorität festgestellt** **MA** **BW**

STAMMDATEN

männlich weiblich divers

QR-Code	1 <input type="text" value="Name/Vorname"/>	4 <input type="text" value="Terminindikator"/>
	2 <input type="text" value="Geburtsdatum"/>	5 <input type="text" value="EinrichtungID"/>
	3 <input type="text" value="Impfnummer"/>	6 <input type="text" value="Datum (Termin 1)"/>

- 0 Hier muss vermerkt werden, dass die Zugehörigkeit des Impflings zu einer priorisierten Gruppe gegeben ist. Bitte kreuzen Sie hier MA für Mitarbeiter an und BW für Bewohner. In einer älteren Version des Laufzettels sind die Felder für MA und BW noch nicht vorhanden, hier bitte das entsprechende Kürzel händisch eintragen
- 1 Hier muss das Geschlecht des Impflings handschriftlich eingetragen werden
- 2 Personendaten des Impflings, sind beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 3 Impfnummer, für jeden Impfling individuell, ist beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 4 EinrichtungID, ist beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt, um Impfling eindeutig der Einrichtung zuzuordnen
- 5 Hier ist beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt, ob es sich um den 1. oder 2. Termin handelt
- 6 Das Datum der Impftermine muss handschriftlich eingetragen werden



Laufzettel Termin 1 – Stammdaten BLANKO-Dokument

- Bitte beachten Sie, dass sich die Dokumentation der Stammdaten auf dem Blanko-Dokument von den personalisierten Dokumente unterscheidet, hier müssen die Felder bei den Stammdaten händisch ausgefüllt werden

Das Bild zeigt ein Formular für Stammdaten mit der Überschrift 'STAMMDATEN' und der Version 'Version 1.4'. Das Formular ist in zwei Spalten unterteilt. Die linke Spalte enthält die Felder: 'Name/Vorname', 'Geburtsdatum', 'Impfnummer', 'Geschlecht' (mit den Optionen männlich, weiblich, divers) und 'Priorität festgestellt' (mit den Optionen MA, BW). Die rechte Spalte enthält die Felder: 'Terminindikator', 'Einrichtungsnamen', 'Einrichtungsadresse', 'Datum (Termin 1)' und 'Datum (Termin 2)'. Nummerierte Markierungen (0-6) weisen auf spezifische Felder hin: 0 zeigt auf die Prioritätsfelder, 1 auf das Geschlecht, 2 auf Name/Vorname, 3 auf die Impfnummer, 4 auf den Terminindikator, 5 auf den Einrichtungsnamen und 6 auf die Datumsfelder.

0

Hier muss vermerkt werden, dass die Zugehörigkeit des Impflings zu einer priorisierten Gruppe gegeben ist. Bitte kreuzen Sie hier MA für Mitarbeiter an und BW für Bewohner oder vermerken Sie dies handschriftlich.

1

Hier muss das Geschlecht des Impflings handschriftlich eingetragen werden

2

Personendaten des Impflings, müssen handschriftlich eingetragen werden.

3

Bei der Impfnummer muss nichts ausgefüllt werden

4

Hier muss eingetragen werden, ob es sich um den ersten oder 2. Impftermin handelt

5

Hier müssen Einrichtungsnamen und Adresse des Impflings eingetragen werden

6

Das Datum der Impftermine muss handschriftlich eingetragen werden



Laufzettel Termin 1 – 2. Kontraindikationen

1

Termin 1

KONTRAIINDIKATIONEN

2

- Keine
- Akute behandlungsbedürftige Erkrankung, insbesondere fieberhafte Infektionskrankheit
- Geburtsdatum jünger als 18 Jahre (Ausnahme BioNTech-Impfstoff 16 Jahre)

3

- Es liegt eine Schwangerschaft vor
- In den letzten 2 Wochen eine andere Impfung erhalten

1

Hier sind noch einmal alle für die Impfung relevanten Kontraindikationen aufgelistet

2

Liegen keine Kontraindikationen vor, muss dies im entsprechenden Feld „Keine“ dokumentiert werden

3

Sollte eine Kontraindikation vorliegen, kann diese hier entsprechend handschriftlich dokumentiert werden, der Laufzettel ist dann trotzdem dem Mobilen Team auszuhändigen



Laufzettel Termin 1 – 3. Vorerkrankungen/ Medikamente

gültig auszufüllen durch (Pflege-)Einrichtung/betreuenden Arzt

VORERKRANKUNGEN

- 1**
- Keine
 - Fehlende Immunantwort bei schwerer Immunsuppression (z.B. unter Chemotherapie oder Biologica)
 - schwerwiegende Allergie
 - chronische Krankheiten der Atmungsorgane
 - Herz-Kreislaufkrankheiten
 - chronische Erkrankungen der Leber
 - chronische Nierenkrankheiten
 - Erkrankungen des Immunsystems
 - chronische neurologische Krankheiten
- Stoffwechselkrankheiten
 - Adipositas
 - bereits SARS-CoV-2 pos.
 - Krebserkrankungen
 - Rheumatische Erkrankungen
- Einnahme Arzneimittel:**
- Keine
 - Gerinnungshemmer/Blutverdünner
 - Sonstiges
- Medikationsplan vorhanden? **2**
- ja nein

1

Hier müssen vor dem Impftermin alle beim Impfling vorliegenden Vorerkrankungen vermerkt werden. Liegen keine Vorerkrankungen vor, muss dies ebenfalls dokumentiert werden.

2

Hier müssen vor dem Impftermin alle beim Impfling eingenommenen Medikamente vermerkt werden. Werden keine Medikamente eingenommen, muss dies ebenfalls dokumentiert werden.



Laufzettel Termin 1 – 4. Änderungen Gesundheitszustand

ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der Terminvereinbarung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche?

1

1

Es wird noch einmal gefragt, ob sich hinsichtlich der Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln seit der Formulareingabe etwas geändert hat. Wenn keine Änderungen aufgetreten sind, muss Nein angekreuzt werden.



Laufzettel Termin 1 – 5. Aufklärung/Einwilligung

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG (durch Impfarzt und Impfling)

Name des Arztes 1	Unterschrift 2
Ich habe die schriftliche Aufklärung im Vorfeld erhalten, verstanden und gelesen.	Unterschrift 3
Ich habe noch Fragen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 4 Wenn ja: Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.	Unterschrift 5
Ich bin mit der Impfung mit dem Impfstoff 7 in zwei Dosen zu den genannten Terminen einverstanden und bestätige, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.	Unterschrift 6

- 1** Name des impfenden Arztes, muss handschriftlich eingetragen werden
- 2** Unterschrift des impfenden Arztes
- 3** Der Impfling bestätigt mit seiner Unterschrift die vorgenannte Aussage
- 4** Hier muss angegeben werden ob der Impfling noch Fragen zur Impfung hatte (muss vom Impfling ausgefüllt werden)
- 5** Der Impfling bestätigt mit seiner Unterschrift, dass alle Fragen (wenn vorhanden) beantwortet wurden
- 6** Der Impfling bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er in die Impfung einwilligt sowie dass alle Angaben zu seiner Person der Wahrheit entsprechen. Zudem muss unter **7** der verwendete Impfstoff dokumentiert werden.



Laufzettel Termin 1 – 6. Daten zur Impfung

IMPfung

Impfstoff	1
Chargennummer Impfstoff	2
Zeitpunkt der Impfung (Uhrzeit)	3

1

Hier muss der verwendete Impfstoff eingetragen werden

2

Hier wird das Etikett mit der Chargennummer des Impfstoffes aufgeklebt.

3

Hier wird handschriftlich die Uhrzeit der Impfung vermerkt



Laufzettel Termin 1 – 7. Abbruchdokumentation

1

ABBRUCHGRÜNDE

- Keine Impfberechtigung (falsche Angaben bei Terminvergabe)
- Medizinische Kontraindikation
- Impfabbruch durch Impfling (z.B. keine Einwilligung unterzeichnet)
- Impfteamseitiger Abbruch
- Nicht-Antreffen
- Sonstiges

1

In diesem Bereich wird dokumentiert, ob ein Abbruch der Impfung notwendig war



Laufzettel Termin 1 – 8. Nebenwirkungen

1 Keine

NEBENWIRKUNGEN

	Art/Beschreibung (z.B. Schmerzen)	Lokal/ Systemisch	Schweregrad (1 = leicht, 5 = schwer)
1	2	3	4
2			
3			

In diesem Bereich muss dokumentiert werden, ob während der Nachbeobachtungszeit Nebenwirkungen beim Impfling aufgetreten sind. Es können maximal 3 Nebenwirkungen dokumentiert werden

1 Ist keine Nebenwirkung aufgetreten, wird dies hier dokumentiert

2 Treten Nebenwirkungen auf, so ist in dieser Spalte die Art der Nebenwirkungen zu dokumentieren (z.B. Schmerzen, Rötung, Taubheit o.Ä.)

3 In dieser Spalte wird dokumentiert, ob die Nebenwirkung lokal (z.B. Einstichstelle) oder systemisch (z.B. den ganzen Körper betreffend) vorliegt

4 In dieser Spalte wird vermerkt, welchen Schweregrad eine mögliche Nebenwirkung aufgewiesen hat (1 = leicht bis 5 = schwer)



Laufzettel Termin 1 – 9. Check-Out

CHECK-OUT

Regulärer Check-Out

ja nein, Grund:

1 **2**

1

In diesem Bereich wird dokumentiert, ob ein regulärer Check-Out des Impflings stattgefunden hat (mindestens 15 min Nachbeobachtung; Einsammeln aller notwendigen Dokumente des Impflings)

2

Ist kein regulärer Check-Out erfolgt, wird dies hier dokumentiert (z.B. medizinische Versorgung im KKH notwendig wegen Nebenwirkungen)



Laufzettel Termin 2

IMPFDOKUMENTATION RHEINLAND-PFALZ
MOBILES IMPFTEAM/BETRIEBSÄRZTE // Laufzettel 1. Impftermin

Priorität festgestellt MA BW

Version 1.8

STAMMDATEN

männlich weiblich divers

QR-Code

Name/Vorname _____ Terminindikator _____
Geburtsdatum _____ EinrichtungSID _____
Impfnummer _____ Datum (Termin 1) _____ Datum (Termin 2) _____

Wenn möglich auszufüllen durch (Pflege-)Einrichtungsbetreuenden Arzt

KONTRAINDIKATIONEN

Keine
 Akute behandlungsbedürftige Erkrankung, insbesondere lieftierhafte Infektionskrankheit
 Geburtsdatum jünger als 18 Jahre (Ausnahme BioTech-Impfstoff 16 Jahre)
 Es liegt eine Schwangerschaft vor
 In den letzten 2 Wochen eine andere Impfung erhalten

VORERKRANKUNGEN

Keine
 Fehlende Immunantwort bei schwerer Immunsuppression (z.B. unter Chemotherapie oder Biological)
 schwerwiegende Allergie
 chronische Krankheiten der Atmungsorgane
 Herz-Kreislauferkrankungen
 chronische Erkrankungen der Leber
 chronische Nierenerkrankungen
 Erkrankungen des Immunsystems
 chronische neurologische Krankheiten

Stoffwechsellkrankheiten
 Adipositas
 bereits SARS-CoV-2 pos.
 Krebserkrankungen
 Rheumatische Erkrankungen

Einnahme Arzneimittel:

Keine
 Gerinnungshemmer/Blutverdünner
 Sonstiges
Medikationsplan vorhanden?
 ja nein

Auszufüllen durch Impfarzt

ABFRAGE ANDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der Terminvereinbarung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche? _____

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG (durch Impfarzt und Impfling)

Name des Arztes _____ Unterschrift _____
Ich habe die schriftliche Aufklärung im Vorfeld erhalten, gelesen und verstanden. _____ Unterschrift _____
Ich habe noch Fragen. ja nein
Wenn ja: Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. _____ Unterschrift _____
Ich bin mit der Impfung mit dem Impfstoff _____ Unterschrift _____
in zwei Dosen zu den genannten Terminen einverstanden und bestätige, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

IMPfung

Impfstoff _____
Chargennummer Impfstoff _____
Zeitpunkt der Impfung (Uhrzeit) _____

ABBRUCHGRÜNDE

Keine Impfbereitschaft (falsche Angaben bei Terminvergabe)
 Medizinische Kontraindikation
 Impfabbruch durch Impfling (z.B. keine Einwilligung unterzeichnet)
 Impfmiszeitiger Abbruch
 Nicht-Antreffen
 Sonstiges

NEBENWIRKUNGEN

Keine

Art/Beschreibung (z.B. Schmerzen)	Lokal/ Systemisch	Schweregrad (1 = leicht, 2 = schwer)
1		
2		
3		

CHECK-OUT

Regulärer Check-Out
 ja nein, Grund: _____

- Im folgenden werden nur die Punkte skizziert, in denen sich die Dokumentation auf dem Laufzettel von der des 1. Impftermins unterscheidet

1. Änderung Kontraindikationen und Vorerkrankungen/Medikamente

2. Stammdaten und Unterschrift Arzt



Laufzettel Termin 2

ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der ersten Impfung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche?

1. Kontraindikationen und Vorerkrankungen/Arzneimittel
Bei der Erhebung der Kontraindikationen und Vorerkrankungen ändert sich lediglich der Zeitraum für die Abfrage möglicher Änderungen – es wird gefragt, ob sich Änderungen seit dem 1. Impftermin ergeben haben



Laufzettel Termin 2

STAMMDATEN IMPFENDER ARZT UND UNTERSCHRIFT

Titel / Vorname / Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

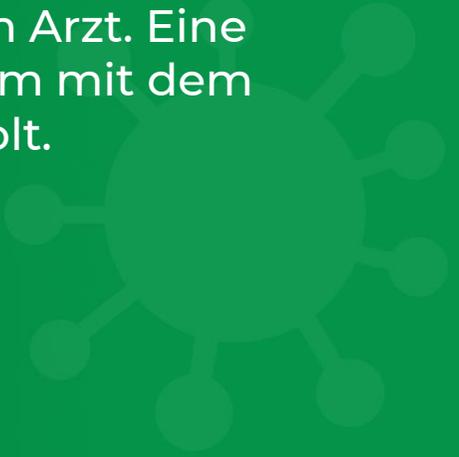
2. Stammdaten Impfender Arzt und Unterschrift

Im vorherigen Feld „Aufklärung und Einwilligung“ sind nur noch die Stammdaten und die Unterschrift des impfenden Arztes zu vermerken



AUFKLÄRUNG

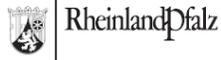
Der Aufklärungsbogen wird in doppelter Ausfertigung erstellt. Beide müssen unterschrieben werden, vom Impfling und vom impfenden Arzt. Eine Ausfertigung verbleibt beim Impfling, eine wird, gemeinsam mit dem ausgefüllten Laufzettel, in der Einrichtung abgeholt.





Aufklärung

Seite 1 von 3



AUFKLÄRUNGSBOGEN Mobilis Impfteam/Betriebsärzte

Zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoffen –

Ausgabe 1 Version 003 / Stand 11. Januar 2021 (dieser Aufklärungsbogen wird laufend aktualisiert)

Name der zu impfenden Person

Geburtsdatum

QR-Code

Was ist COVID-19?

Coronaviren sind seit Jahrzehnten bekannt. Seit dem Jahreswechsel 2019/2020 zirkuliert weltweit ein neuartiges Coronavirus, das SARS-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), welches der Erreger der Krankheit COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) ist.

Zu den häufigen Krankheitszeichen von COVID-19 zählen trockener Husten, Fieber, Atemnot sowie ein vorübergehender Verlust des Geruchs- und Geschmacksinnes. Auch ein allgemeines Krankheitsgefühl mit Kopf- und Gliederschmerzen, Halsschmerzen und Schnupfen werden beschrieben. Seltener berichten Patienten über Magen-Darm-Beschwerden, Bindehautentzündung und Lymphknotenschwellungen. Folgeschäden am Nerven- oder Herz-Kreislaufsystem sowie langanhaltende Krankheitsverläufe sind möglich. Obwohl ein milder Verlauf der Krankheit häufig ist und die meisten Erkrankten vollständig genesen, sind schwere Verläufe mit Lungenentzündung, die über ein Lungenversagen zum Tod führen können, gefürchtet.

Neben dem Vermeiden einer Infektion durch Beachtung der AHA + A + L-Regeln (Abstand halten, Hygiene beachten, Alltagsmaske tragen, Corona-Warn-App herunterladen, regelmäßig lüften) bietet die Impfung den bestmöglichen Schutz vor einer Erkrankung.

Um welchen Impfstoff handelt es sich?

Die hier besprochenen mRNA-COVID-19-Impfstoffe (Cominaty® von BioNTech/Pfizer und COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna) sind gentechnisch hergestellte Impfstoffe, die auf der gleichen neuartigen Technologie beruhen. Weitere mRNA-Impfstoffe werden geprüft, sind aber derzeit noch nicht zugelassen.

mRNA (Boten-RNA oder messenger Ribonukleinsäure) ist die „Bauanleitung“ für jedes einzelne Eiweiß des Körpers und ist nicht mit der menschlichen Erbinformation – der DNA – zu verwechseln. Im mRNA-Impfstoff gegen COVID-19 ist eine „Bauanleitung“ für einen einzigen Baustein des Virus (das sogenannte Spikeprotein) enthalten. Dieses Spikeprotein ist für sich alleine harmlos. Der Impfstoff ist somit nicht infektiös.

Die im Impfstoff enthaltene mRNA wird nicht ins menschliche Erbgut eingebaut, sondern im Körper nach einigen Tagen abgebaut. Dann wird auch kein Viruseiweiß mehr hergestellt.

Die nach der Impfung vom Körper des Geimpften (vor allem in Muskelzellen an der Impfstelle und in bestimmten Abwehrzellen) gebildeten Spikeproteine werden vom Immunsystem als Fremdeiweiße erkannt, dadurch werden spezifische Abwehrzellen aktiviert. Es werden Antikörper gegen das Spikeprotein des Virus sowie Abwehrzellen gebildet. So entsteht eine schützende Immunantwort.

Wie wird der Impfstoff verabreicht?

Der Impfstoff wird in den Oberarmmuskel gespritzt. Für einen ausreichenden Impfschutz muss der Impfstoff zweimal verabreicht werden. Zwischen der 1. und der 2. Impfung sollten mindestens 3 Wochen (Cominaty®) bzw. 4 Wochen (COVID-19 Vaccine Moderna®) liegen. Bei beiden Impfstoffen sollten zwischen den beiden Impfungen jedoch nicht mehr als 6 Wochen liegen. Bei der 2. Impfung muss der gleiche Impfstoff desselben Herstellers verwendet werden wie bei der 1. Impfung.

Wie wirksam ist die Impfung?

Die verfügbaren COVID-19-mRNA-Impfstoffe sind hinsichtlich der Wirksamkeit und auch der möglichen Impfreaktionen und Komplikationen vergleichbar.

Aus den klinischen Prüfungen kann ein Impfschutz ab dem Zeitpunkt 7 Tage (Cominaty®) bzw. 14 Tage (COVID-19 Vaccine Moderna®) nach der 2. Impfung abgeleitet werden. Nach derzeitigem Kenntnisstand bieten die COVID-19-mRNA-Impfstoffe eine hohe Wirksamkeit von bis zu 95 % (Cominaty®) bzw. 94 % (COVID-19 Vaccine Moderna®). Die Studiendaten zeigen: Die Wahrscheinlichkeit, an COVID-19 zu erkranken, war bei den gegen COVID-19 geimpften Personen um 95 % bzw. 94 % geringer als bei den nicht geimpften Personen. Das bedeutet: Wenn eine mit einem COVID-19-Impfstoff geimpfte Person mit dem Erreger in Kontakt kommt, wird sie mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht erkranken. Wie lange dieser Impfschutz anhält und ob geimpfte Personen das Virus weiterverbreiten können, ist derzeit noch nicht bekannt. Da der Schutz nicht sofort nach der Impfung einsetzt und auch nicht bei allen geimpften Personen vorhanden ist, ist es trotz Impfung notwendig, dass Sie sich und Ihre Umgebung schützen, indem Sie die AHA + A + L-Regeln beachten.

- Auf der ersten Seite des Aufklärungsbogen sind Name des Impflings und Geburtsdatum beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt



Aufklärung

- Auf der letzten Seite des Aufklärungsbogens
 - 1 muss dokumentiert werden, ob es noch Fragen gab
 - muss der Impfling bestätigen,
 - 2 dass die schriftliche Aufklärung gelesen und verstanden wurde
 - 3 dass etwaige Fragen beantwortet wurden
 - 4 Der impfende Arzt muss seine Kontaktdaten auf der Aufklärung angeben sowie eine Unterschrift leisten

Seite 3 von 3

 Rheinland-Pfalz

In den umfangreichen klinischen Prüfungen vor der Zulassung wurden nach Gabe von COVID-19 Vaccine Moderna® 3 Fälle von akuter Gesichtslähmung beobachtet, 1 Fall trat in der Kontrollgruppe der Ungeimpften auf. In allen Fällen hat sich die Gesichtslähmung nach einigen Wochen zurückgebildet. Ob diese Gesichtslähmungen im ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung stehen, wird weiter untersucht. In sehr seltenen Fällen wurden Überempfindlichkeitsreaktionen (2 Fälle von Gesichtsschwellung) beobachtet.

Seit Einführung der Impfung wurden in sehr seltenen Fällen Überempfindlichkeitsreaktionen berichtet. Diese treten kurz nach der Impfung auf und mussten ärztlich behandelt werden.

Grundsätzlich können – wie bei allen Impfstoffen – in sehr seltenen Fällen eine allergische Sofortreaktion bis hin zum Schock oder andere auch bisher unbekannt Komplikationen nicht ausgeschlossen werden.

Wenn nach einer Impfung Symptome auftreten, welche die oben genannten schnell vorübergehenden Lokal- und Allgemeinreaktionen überschreiten, steht Ihnen Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt selbstverständlich zur Beratung zur Verfügung. Bei schweren Beeinträchtigungen begeben Sie sich bitte umgehend in ärztliche Behandlung.

Es besteht die Möglichkeit, Nebenwirkungen auch selbst zu melden: <https://nebenwirkungen.bund.de>

Sollten Sie über diese schriftlichen Informationen hinaus Fragen haben, steht Ihnen die Impfärztin oder der Impfarzt zur Verfügung.

Ich habe die schriftliche Aufklärung im Vorfeld erhalten, verstanden und gelesen **2**

Ort, Datum
Unterschrift der zu impfenden Person (bzw. des gesetzlichen Vertreters) **3**

Ich habe noch Fragen, ja / nein
Wenn ja: Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. **3**

Ort, Datum
Unterschrift der zu impfenden Person (bzw. des gesetzlichen Vertreters) **3**

Daten des Arztes

Titel Vorname Name
Straße Hausnummer
PLZ Ort
Unterschrift des Arztes/der Ärztin **4**

Dieser Aufklärungsbogen entspricht dem Aufklärungsbogen des Robert-Koch-Instituts und wird laufend aktualisiert.



IMPFBESTÄTIGUNG

Die Impfbestätigung wird dem Impfling nach der 1. Impfung ausgehändigt und muss beim 2. Impftermin von der Einrichtung vorgehalten werden, damit auch die 2. Impfung dokumentiert werden kann.





Impfbestätigung – verbleibt beim Impfling

 EINLEGEBLATT FÜR DEN IMPFAUSWEIS

Ausgestellt für
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ 1
Straße _____
PLZ/Ort _____

Datum	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	SARS-CoV-2	Unterschrift und Stempel des Arztes
_____	_____	_____	_____
_____	_____ 3	_____ 4	_____ 5

- 1 Personendaten des Impflings, sind beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 2 Es ist handschriftlich das Datum der 1. und 2. Impfung einzutragen
- 3 Es sind Handelsname und Chargennummer des Impfstoffs zu vermerken
- 4 Es wird ein handschriftlich ein Kreuz eingezeichnet
- 5 Der impfende Arzt bestätigt mit einem Stempel und seiner Unterschrift die Impfung



NEBENWIRKUNGSKARTE

Die Nebenwirkungskarte Termin 1 wird beim 2. Impftermin, gemeinsam mit dem ausgefüllten Laufzettel, in der Einrichtung abgeholt.

Die Nebenwirkungskarte Termin 2 wird 21 Tage nach der 2. Impfung der Impfdokumentation RLP postalisch zugesendet.





Nebenwirkungskarte Termin 1

DOKUMENTATION MÖGLICHER NEBENWIRKUNGEN 

QR-Code Name
 Vorname
 Geburtsdatum
 Impfnummer
 Datum der Impfung

Wir bitten Sie, alle möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen in den 21 Tagen nach Ihrer Impfung in dieser Übersicht zu dokumentieren. Bitte senden Sie anschließend die Nebenwirkungskarte mit dem frankierten Rückumschlag an die Impfdokumentation RLP.

Wir bitten Sie, möglicherweise bei Ihnen auftretende Nebenwirkungen in dieser Art in der unten stehenden Tabelle zu dokumentieren.

NEBENWIRKUNG	LOKAL/GENERALISIERT (z.B. Oberarm)	SCHWEREGRAD von 1 = leicht, ... bis 5 = schwer	DATUM AUFTRETEN	DAUER (in Tagen)	NEBENWIRKUNG NOCH ANDAUERND?	BEHANDLUNG NOTWENDIG? ① Einweisung ins Krankenhaus ② Ambulante Behandlung durch Arzt ③ Keine Behandlung	BEMERKUNGEN
Rötung	An der Impfstelle				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schwellung					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
(Leichte) Schmerzen						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fieber	Generalisiert				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Müdigkeit					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kopfschmerzen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige Nebenwirkungen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Keine Nebenwirkungen

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Version 1.1

- 1 Personendaten und Impfnummer des Impflings, sind beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 2 Datum der 1. Impfung, muss handschriftlich eingetragen werden
- 3 In der Tabelle müssen alle Nebenwirkungen, die im Zeitraum zwischen dem 1. und 2. Impftermin auftreten, dokumentiert werden.
- 4 Sollten keine Nebenwirkungen aufgetreten sein, muss dies ebenfalls dokumentiert werden



Nebenwirkungskarte Termin 2

DOKUMENTATION MÖGLICHER NEBENWIRKUNGEN 

QR-Code Name
 Vorname
 Geburtsdatum
 Impfnummer
 Datum der Impfung

Wir bitten Sie, alle bis zu Ihrem 2. Impftermin möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen Ihrer Impfung in dieser Übersicht zu dokumentieren. Bitte bringen Sie diese Dokumentation zu Ihrem 2. Termin im Impfzentrum mit.

Wir bitten Sie, möglicherweise bei Ihnen auftretende Nebenwirkungen in dieser Art in der unten stehenden Tabelle zu dokumentieren.

NEBENWIRKUNG	LOKAL/GENERALISIERT (z.B. Oberarm)	SCHWEREGRAD von 1 = leicht, ... bis 5 = schwer	DATUM AUFTRETEN	DAUER (in Tagen)	NEBENWIRKUNG NOCH ANDAUERND?	BEHANDLUNG NOTWENDIG? ① Einweisung ins Krankenhaus ② Ambulante Behandlung durch Arzt ③ Keine Behandlung	BEMERKUNGEN
Rötung	An der Impfstelle				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schwellung					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
(Leichte) Schmerzen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Fieber	Generalisiert				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Müdigkeit					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kopfschmerzen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige Nebenwirkungen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Keine Nebenwirkungen

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Version 1.5

- 1 Personendaten und Impfnummer des Impflings, sind beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 2 Datum der 2. Impfung, muss handschriftlich eingetragen werden
- 3 In der Tabelle müssen alle Nebenwirkungen, die im Zeitraum von 21 Tagen nach dem 1. Impftermin auftreten, dokumentiert werden
- 4 Sollten keine Nebenwirkungen aufgetreten sein, muss dies ebenfalls dokumentiert werden