Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Einverständniserklärung für die COVID-19-Impfung

Bevor Sie dieses Formular ausfüllen, lesen Sie unbedingt das Informationsblatt zu dem Impfstoff, den Sie erhalten: Vaxzevria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer), Spikevax(Moderna) oder Nuvaxovid (Novavax).

Letzte Aktualisierung: 7. Juli 2022

Über die COVID-19-Impfung

Das Risiko, an COVID-19 zu erkranken, ist für Personen viel geringer, wenn sie eine COVID-19-Impfreihe erhalten haben.

In Australien werden vier Impfstoffmarken verwendet. Alle sind effektiv und sicher.

Sie können folgende Impfstoffe erhalten:

- AstraZeneca oder Novavax, wenn Sie 18 Jahre oder älter sind
- Moderna, für Personen ab 6 Jahren*
- Pfizer, für Personen ab 5 Jahren*

*Für Kinder unter 12 Jahren sind separate Einverständniserklärungen erhältlich.

Pfizer, Moderna oder Novavax werden gegenüber AstraZeneca für Erwachsene unter 60 Jahre bevorzugt.

Die meisten Menschen benötigen anfangs zwei Dosen. Das wird als Erst- oder Grundimpfung bezeichnet.

Menschen mit schwerer Immunschwäche benötigen möglicherweise eine dritte Grunddosis, um ihre Immunantwort auf ein optimales Niveau zu bringen.

Booster-Dosen sind ab 3 Monaten nach der Grundimpfung erhältlich. Zusätzliche Booster-Dosen (auch vierte Dosis genannt) sind auch für bestimmte Personen ab 3 Monaten nach dem ersten Booster erhältlich.

- Personen ab 12 können eine Booster-Dosis von Pfizer erhalten.
- Personen ab 18 können Pfizer oder Moderna als Booster erhalten.
- AstraZeneca und Novavax werden nicht bevorzugt, können aber unter bestimmten Umständen bei Personen ab 18 Jahren eingesetzt werden.

Name:												
Medicare-Nummer:												

Weitere Informationen finden Sie auf der COVID-19-Impfstoff-Website des Department of Health: www.health.gov.au/covid-19-vaccines

Medizinische Experten haben COVID-19-Impfstoffe untersucht, um sicherzustellen, dass sie sicher sind. Die meisten Nebenwirkungen sind mild. Sie können am Tag der Impfung beginnen und ein oder zwei Tage dauern. Wie bei jedem Impfstoff oder Arzneimittel kann es zu seltenen oder unbekannten Nebenwirkungen kommen.

Eine sehr seltene Nebenwirkung von AstraZeneca wird als Thrombose mit Thrombozytopenie-Syndrom oder TTS bezeichnet. Das bedeutet Blutgerinnung (Thrombose) mit niedrigem Blutplättchenspiegel (Thrombozytopenie). TTS kommt nach Pfizer oder Moderna nicht vor.

Nach Pfizer und Moderna wurde über Myokarditis und Perikarditis (Herzentzündung) berichtet. Die meisten Fälle waren mild und die Personen haben sich schnell erholt.

Informieren Sie Ihren Arzt, wenn Sie nach der Impfung Nebenwirkungen haben, um die Sie sich Sorgen machen.

Sie können in der Woche nach der Impfung per SMS oder E-Mail kontaktiert werden um zu sehen, wie Sie sich fühlen.

Manche Menschen können nach der Impfung COVID-19 bekommen. Sie müssen weiterhin alle Hinweise zur öffentlichen Gesundheit in Ihrem Bundesstaat oder Territorium befolgen, um die Ausbreitung von COVID-19 zu stoppen, einschließlich:

- halten Sie Abstand – halten Sie sich mindestens 1,5 Meter von anderen Personen entfernt
- waschen Sie Ihre Hände häufig mit Wasser und Seife oder verwenden Sie ein Händedesinfektionsmittel
- tragen Sie eine Maske
- bleiben Sie zu Hause, wenn Sie sich mit Erkältungs- oder grippeähnlichen Symptomen unwohl fühlen, und arrangieren Sie, einen COVID-19-Test durchführen zu lassen.

Laut Gesetz muss die Person, die Ihre Impfung durchführt, diese im australischen Impfregister eintragen. Sie können Ihren Immunisierungsstatus online einsehen über Ihr:

- Medicare-Konto
- MyGov-Konto
- My Health Record-Konto (Sie können sich dafür mit einer Medicare-Nummer oder einem Individual Healthcare Identifier anmelden).

Wie Ihre Daten verwendet werden

Informationen darüber, wie Ihre persönlichen Daten erhoben, gespeichert und verwendet werden, finden Sie unter www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Wenn Sie sich in einer Apotheke impfen lassen, muss die Apotheke einige Ihrer persönlichen Daten an den Verwaltungsleiter des Apothekenprogramms weitergeben. Auf diese Weise kann die Apotheke die Zahlung von der australischen Regierung einfordern. Weitere Informationen darüber, warum dies erforderlich ist und welche Informationen weitergegeben werden, finden Sie unter dem obigen Link.

An dem Tag, an dem Sie Ihren Impfstoff erhalten

Bevor Sie sich impfen lassen, informieren Sie die Person, die Sie impft, wenn Sie:

- eine allergische Reaktion gehabt haben, insbesondere eine schwere allergische Reaktion (Anaphylaxie), auf:

Name:												
Medicare-Nummer:												

- eine vorherige Dosis eines COVID-19-Impfstoffs
- einen Bestandteil eines COVID-19-Impfstoffs
- andere Impfstoffe oder Medikamente

- immungeschwächt sind. Dies bedeutet, dass Sie ein geschwächtes Immunsystem haben, das es Ihnen erschwert, Krankheiten zu bekämpfen. Sie können immer noch einen COVID-19-Impfstoff erhalten, aber sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber, wann der beste Zeitpunkt für die Impfung ist. Dies hängt von Ihrem Zustand und Ihrer Behandlung ab.

Name:												
Medicare-Nummer:												

Einverständniserklärungs-Checkliste

Ja	Nein	
☐	☐	Hatten Sie eine schwere allergische Reaktion auf eine vorherige Dosis eines COVID-19-Impfstoffs?
☐	☐	Hatten Sie eine Anaphylaxie gegenüber einem anderen Impfstoff oder Medikament?
☐	☐	Hatten Sie eine schwerwiegende Nebenwirkung, die nach einer fachmännischen Überprüfung durch einen erfahrenen Impfdienstleister oder Facharzt auf eine frühere Dosis eines COVID-19-Impfstoffs zurückgeführt wurde (wobei keine andere Ursache identifiziert wurde)?
☐	☐	Hatten Sie jemals eine Mastozytose (eine Mastzellerkrankung), die zu einer wiederkehrenden Anaphylaxie geführt hat?
☐	☐	Hatten Sie schon einmal COVID-19?
☐	☐	Haben Sie eine Blutungsstörung?
☐	☐	Nehmen Sie ein Medikament, um Ihr Blut zu verdünnen (eine gerinnungshemmende Therapie)?
☐	☐	Haben Sie ein geschwächtes Immunsystem (immungeschwächt)?
☐	☐	Sind Sie schwanger? #
☐	☐	Hatten oder haben Sie Husten, Halsschmerzen, Fieber oder fühlen Sie sich auf andere Weise krank?
☐	☐	Hatten Sie schon einmal eine COVID-19-Impfung?
☐	☐	Haben Sie in den letzten 7 Tagen eine andere Impfung erhalten?
Nur relevant für Personen, die AstraZeneca erhalten:		
☐	☐	Wurde bei Ihnen jemals ein Kapillarlecksyndrom diagnostiziert?
☐	☐	Hatten Sie innerhalb von 42 Tagen nach einer vorherigen Dosis von AstraZeneca eine Thrombose (Gerinnung) zusammen mit einer Thrombozytopenie (niedrige Thrombozytenzahl)?
☐	☐	Hatten Sie schon einmal eine zerebrale Sinusvenenthrombose? *
☐	☐	Hatten Sie jemals eine Heparin-induzierte Thrombozytopenie? *
☐	☐	Hatten Sie schon einmal Blutgerinnsel in den Bauchvenen (Splanchnikusvenen)? *
☐	☐	Hatten Sie jemals ein Antiphospholipid-Syndrom in Verbindung mit Blutgerinnseln? *
☐	☐	Sind Sie unter 60 Jahre alt? *

Name:													
Medicare-Nummer:													

Pfizer und Moderna sind die bevorzugten Impfstoffe für schwangere Frauen. Wenn diese Impfstoffe nicht verfügbar sind, können Novavax oder AstraZeneca in Betracht gezogen werden. Weitere Information finden Sie unter: https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/who-can-get-vaccinated/pregnant-women

* Pfizer, Moderna oder Novavax sind die bevorzugten Impfstoffe für Personen in diesen Gruppen. Wenn diese Impfstoffe nicht verfügbar sind, kann AstraZeneca in Betracht gezogen werden, wenn der Nutzen der Impfung die Risiken überwiegt.

Weitere Informationen finden Sie unter https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/advice-for-providers/tts

Nur relevant für Personen, die Pfizer oder Moderna erhalten:

☐	☐	Wurde bei Ihnen eine Myokarditis und/oder Perikarditis nach einer früheren Dosis von Pfizer oder Moderna diagnostiziert?
☐	☐	Hatten Sie in den letzten drei Monaten eine Myokarditis oder Perikarditis?
☐	☐	Haben Sie derzeit akutes rheumatisches Fieber oder eine akute rheumatische Herzerkrankung?
☐	☐	Haben Sie eine schwere Herzinsuffizienz?

Wenn Sie eine der obigen Fragen mit **Ja** beantwortet haben, können Sie möglicherweise trotzdem Pfizeroder Moderna erhalten. Sie sollten jedoch zuerst mit Ihrem Hausarzt, Impfspezialisten oder Kardiologen sprechen, um den besten Zeitpunkt der Impfung zu besprechen und ob zusätzliche Vorsichtsmaßnahmen erforderlich sind.

Letzte Aktualisierung: 7. Juli 2022

Name:												
Medicare-Nummer:												

Informationen zum Patienten

Name:	
Medicare-Nummer:	
Individuelle Gesundheitskennung (Individual Health Identifier - IHI), falls zutreffend:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	
Geschlecht:	
Zu Hause gesprochene Sprache:	
Geburtsland:	

Sind Sie Aboriginal und / oder Torres Strait-Insulaner?

☐ Ja, nur Aboriginal

☐ Ja, nur Torres-Strait-Insulaner

☐ Ja, Aboriginal und Torres-Strait-Insulaner

☐ Nein

☐ Ich möchte dazu keine Angaben machen

Nächster Angehöriger (im Notfall):	
Name:	
Telefonnummer:	

Einverständnis zum Erhalt des COVID-19-Impfstoffs

☐ Ich bestätige, dass ich Informationen zur COVID-19-Impfung erhalten und verstanden habe.

☐ Ich bestätige, dass keine der oben genannten Beschwerden auf mich zutrifft, oder dass ich diese Beschwerden und andere besondere Umstände mit meinem regulären Gesundheitsdienstleister und/oder Impfdienstleister besprochen habe.

☐ Ich bin damit einverstanden, eine Impfreihe eines COVID-19-Impfstoffs zu erhalten / Ich bin damit einverstanden, eine Booster-Impfung eines COVID-19-Impfstoffs zu erhalten.

Name:	
Medicare-Nummer:	

Name des Patienten:	
Unterschrift des Patienten:	
Datum:	

☐ Ich bin Elternteil, Vormund oder stellvertretender Entscheidungsträger des Patienten und stimme der COVID-19-Impfung des oben genannten Patienten zu.

Name des Elternteils / Vormunds / Ersatzentscheidungsträgers:	
Unterschrift des Elternteils / Vormunds / Ersatzentscheidungsträgers:	
Datum:	

Name:												
Medicare-Nummer:												

Für die Verwendung durch den Anbieter:

Dosis 1:

Verabreichungsdatum des Impfstoffs:	
Zeit erhalten:	
COVID-19-Impfstoffmarke verabreicht:	
Chargennummer:	
Seriennummer:	
Impfstoff-Injektionsstelle:	
Name des Impfdienstanbieters:	

Dosis 2:

Verabreichungsdatum des Impfstoffs:	
Zeit erhalten:	
COVID-19-Impfstoffmarke verabreicht:	
Chargennummer:	
Seriennummer:	
Impfstoff-Injektionsstelle:	
Name des Impfdienstanbieters:	

Dosis 3 oder Booster-Impfung*:

Verabreichungsdatum des Impfstoffs:	
Zeit erhalten:	
COVID-19-Impfstoffmarke verabreicht:	
Chargennummer:	
Seriennummer:	
Impfstoff-Injektionsstelle:	
Name des Impfdienstanbieters:	

* Siehe ATAGI klinische Orientierungshilfe zur Anwendung von COVID-19-Impfstoffen in Australien: https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/advice-for-providers/clinical-guidance.

Letzte Aktualisierung: 7. Juli 2022

Name:												
Medicare-Nummer:												