

Sitten, 22.12.20/AS/VBT/rvr

20201222_FormulaireVaccinationCOVID19_DE

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG ZUR COVID-19 IMPFUNG

PATIENTENDATEN				
Name der Patientin/des Patienten:				
Vorname der Patientin/des Patienten:				
Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Adresse: (Strasse, Nr.)				
Ort				PLZ

ALLGEMEINE INFORMATIONEN
<input type="checkbox"/> Der Patient/Die Patientin ist urteilsfähig
<input type="checkbox"/> Der Patient/Die Patientin ist nicht urteilsfähig. Er/Sie wird vertreten durch ¹ :
Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ Nr.: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefonnummer: _____

¹ Sind berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und in die medizinische Versorgung, die der Arzt der Person ambulant oder stationär zu verabreichen gedenkt, einzuwilligen oder nicht einzuwilligen: die in der Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag benannte Person; der Beistand, dessen Aufgabe es ist, die Person in medizinischen Angelegenheiten zu vertreten; der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner, wenn er oder sie im gleichen Haushalt lebt oder regelmässige persönliche Hilfe leistet; die Person, die im gleichen Haushalt lebt und regelmässige persönliche Hilfe leistet; die Nachkommen der Person, wenn sie regelmässige persönliche Hilfe leisten; die Mutter und der Vater der Person, wenn sie regelmässige persönliche Hilfe leisten; die Brüder und Schwestern der Person, wenn sie regelmässige persönliche Hilfe leisten.

VORGESCHICHTE COVID-19 (muss vom Arzt bestätigt werden)			
Hat der Patient/die Patientin eine COVID-19 Infektion hinter sich?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Wenn ja, wann begannen die Symptome? (Geben Sie hier das Datum des Ausbruchs der Krankheit/des Tests an, und sehen Sie die Impfung erst 3 Monate nach der Krankheit/dem positiven Test vor.)	Datum:	Tag	Monat Jahr
ALLERGISCHE REAKTIONEN (muss vom Arzt bestätigt werden)			
Leidet der Patient/die Patientin unter bekannten Allergien?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Hatte der Patient/die Patientin jemals eine schwere allergische Reaktion auf eine Impfung? (Wenn JA, empfehlen Sie die Impfung nicht, ausser unter optimalen Bedingungen für eine sofortige Wiederbelebung)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

FRAGEBOGEN, DER VOR DER IMPFUNG AUSGEFÜLLT WERDEN MUSS ²					
	ZUSÄTZLICHE ANGABEN, DIE VOM ARZT BESTÄTIGT WERDEN MÜSSEN	JA	NEIN	N/A	PRÄZISIERUNG
1.	Aktuelle oder frühere Gesundheitsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Weist der Patient/die Patientin Symptome auf, die mit COVID-19 zusammenpassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ist der Patient/die Patientin immungeschwächt oder leidet er/sie an einer Autoimmunerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hat der Patient/die Patientin eine Gerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hat sich sein/ihr Gesundheitszustand in letzter Zeit verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nimmt der Patient/die Patientin immunsuppressive Medikamente, Antikoagulantien ein?				
3.	Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Leidet der Patient/die Patientin unter bekannten Allergien?				

² Einige dieser Fragen können sich überschneiden. Für Kontraindikationen und Vorsichtsmassnahmen beachten Sie bitte die Angaben der pharmazeutischen Hersteller.

4.	Blutprodukte Hat der Patient/die Patientin Plasma von COVID-19 genesenen Personen oder monoklonale Antikörper gegen COVID-19 erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	ANDERE IMPFUNGEN Ist der Patient/die Patientin innerhalb der letzten 14 Tage geimpft worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Schwangerschaft Wenn die Patientin eine Frau ist, ist sie derzeit schwanger oder stillt sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ZUSTIMMUNG / ENTSCHEIDUNG

- Der Patient/die Patientin oder die Person, die berechtigt ist, ihn/sie zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen wurde über den Nutzen und die Risiken der Impfung gegen COVID-19, mögliche Reaktionen und das Verhalten nach der Impfung aufgeklärt.
- Die im BAG-Informationsblätter enthaltenen Informationen wurden dem Patienten/der Patientin bzw. der Person, die berechtigt ist, ihn/sie zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen mitgeteilt.
- Nach der Impfung wird eine Überwachungszeit von 15 bis 30 Minuten eingehalten.

ENTSCHEIDUNG

Der Patient/die Patientin oder die Person, die berechtigt ist, ihn/sie zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen:

- Gibt das Einverständnis zur Impfung gegen COVID-19
- Lehnt die Impfung gegen COVID-19 ab
- Möchte zusätzliche individuelle Erklärungen durch einen Arzt/eine Ärztin.

Der Patient/die Patientin oder die Person, die berechtigt ist, ihn/sie zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen ist einverstanden, dass die Impfung durchgeführt wird:

- Im Rahmen einer koordinierten Impfkation zwischen dem Vertrauensarzt des Alters- und Pflegeheims und dem behandelnden Arzt
- Ausschliesslich durch den behandelnden Arzt

ZUSTIMMUNG / ABLEHNUNG ERHALTEN VON:

- Patient/Patientin
- Person, die berechtigt ist, die nicht urteilsfähige Person zu vertreten und in die medizinische Versorgung einzuwilligen

INFORMATIONEN ÜBER DIE FACHPERSON, WELCHE DIE ZUSTIMMUNG EINHOLT						
Name der Fachperson:						
BERUF						
<input type="checkbox"/> Arzt		<input type="checkbox"/> Apotheker		<input type="checkbox"/> Pflegefachmann/Pflegefachfrau		
Ort:	Datum:	Tag	Monat	Jahr	Unterschrift der Fachperson:	
TELEFONISCHE ZUSTIMMUNG (Diesen Abschnitt nur ausfüllen, wenn die Zustimmung telefonisch eingeholt wird)						
Name des Zeugen:			Datum :	Tag	Monat	Jahr
Unterschrift der Fachperson, welche die telefonische Zustimmung erhält:			Datum :	Tag	Monat	Jahr

Notizen:
