

# ANAMNESE

## Schutzimpfung gegen Affenpocken

### – mit Impfstoff JYNNEOS<sup>®</sup> von Bavarian Nordic

Stand: 20. September 2022

Diese Informationen liegen in Fremdsprachen vor:  
[www.rki.de/affenpocken-impfaufklaerung](http://www.rki.de/affenpocken-impfaufklaerung)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Wurden Sie<sup>1</sup> bereits gegen Pocken (bis 1980) geimpft?

(Wenn Sie es nicht wissen, sehen Sie in Ihrem Impfpass nach oder schauen Sie, ob Sie eine Pockennarbe am Oberarm haben)

ja

nein

3. Haben Sie<sup>1</sup> chronische Erkrankungen oder leiden Sie<sup>1</sup> an einer Immunschwäche?

(z. B. HIV-Infektion, atopische Dermatitis, Immunschwäche durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

4. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

5. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Die folgenden Fragen richten sich nur an Frauen

6. Sind Sie<sup>1</sup> schwanger?

ja

nein

7. Stillen Sie<sup>1</sup> aktuell?

ja

nein

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

Schutzimpfung gegen Affenpocken

– mit Impfstoff JYNNEOS® von Bavarian Nordic

Stand: 20. September 2022

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt. Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen Affenpocken ein.

**Erklärung der zu impfenden Person zur Anwendung von JYNNEOS®:**

Hiermit erkläre ich, dass ich von meiner Impfärztin / meinem Impfarzt darüber informiert worden bin, dass es sich bei dem Impfstoff JYNNEOS® um einen in der EU nicht zugelassenen US-Impfstoff handelt, der in Deutschland auf Grund der AMG-Zivilschutzausnahmereverordnung rechtmäßig in Verkehr ist.

Ich wurde von meiner Impfärztin / meinem Impfarzt über die medizinischen Aspekte beim Einsatz dieses Arzneimittels in einem persönlichen Gespräch umfassend informiert. Meine Fragen hierzu konnte ich stellen und diese sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Ich bin einverstanden mit der Impfung mit dem US-Impfstoff JYNNEOS®.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der zu impfenden Person \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: *Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.*

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) \_\_\_\_\_

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) angeben:

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

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_