

Анамнез для запобіжної вакцинації проти COVID-19 (коронавірусного захворювання 2019)

(Первинна та повторна вакцинація)

– векторною вакциною – (Janssen® від COVID-19 виробництва Janssen Cilag International/Johnson & Johnson)

Anamnese zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen)

– mit Vektor-Impfstoff – (COVID-19 Vaccine Janssen® von Janssen Cilag International/Johnson & Johnson)

1. Чи ви¹ страждаєте в даний час на гостре захворювання з високою температурою?

0 так 0 ні

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? 0 ja 0 nein

2. Ви¹ робили вакцинацію проти COVID-19 упродовж останніх 14 днів?

0 так 0 ні

2. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden? 0 ja 0 nein

3. Ви вже¹ робили щеплення від COVID-19?

0 так 0 ні

Якщо так, то коли й якою вакциною?

Дата:

Вакцина:

Дата:

Вакцина:

Дата:

Вакцина:

(Будь ласка, принесіть у день вакцинації Вашу картку щеплень або інший документ, що підтверджує вакцинацію.)

3. Haben Sie¹ bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten? 0 ja 0 nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: Impfstoff:

Datum: Impfstoff:

Datum: Impfstoff:

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. Якщо ви¹ вже отримали 1-у дозу вакцини проти COVID-19, чи розвинулася у вас¹ згодом алергічна реакція?

0 так 0 ні

Чи розвинулися у вас¹ після цього згустки крові (тромбоз)?

0 так 0 ні

4. Falls Sie¹ bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben:

Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt? 0 ja 0 nein

Haben Sie¹ danach ein Blutgerinnsel (Thrombose) entwickelt? 0 ja 0 nein

5. Чи було належним чином підтверджено, що ви¹ були інфіковані коронавірусом (SARS-CoV-2) у минулому?

0 так 0 ні

Якщо так, то коли?

(Після інфекції SARS-CoV-2 рекомендується проводити вакцинацію за 3 місяці після встановлення діагнозу.)

5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? 0 ja 0 nein

Wenn ja, wann?

(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 3 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen.)

6. Чи ви¹ страждаєте на будь-які хронічні захворювання або маєте імунодефіцит (наприклад, внаслідок хіміотерапії, імунодепресивної терапії або інших медикаментів)? 0 так 0 ні

6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)? 0 ja 0 nein

Wenn ja, welche?

7. Чи страждаєте ви¹ від порушення процесу згортання крові, приймаєте ліки, що розріджують кров, або страждали від імуноної тромбоцитопенії (зниження рівня тромбоцитів) у минулому? 0 так 0 ні

7. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung, nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein oder haben Sie früher an einer Immunthrombozytopenie (Verringerung der Blutplättchenzahl) gelitten? 0 ja 0 nein

8. Чи ви¹ маєте алергічні реакції? 0 так 0 ні

Якщо так, то які?

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt? 0 ja 0 nein

Wenn ja, welche?

9. Чи виникали у вас¹ колись після попередніх вакцинацій іншими вакцинами алергічні симптоми, висока температура, втрата свідомості або інші незвичайні реакції? 0 так 0 ні

Якщо так, то які?

9. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? 0 ja 0 nein

Wenn ja, welche?

10. Чи вагітні ви зараз¹? 0 так 0 ні

(Рекомендується проводити вакцинацію після 2-го триместру mRNA вакциною Comirnaty®, а не описаною тут векторною вакциною).

¹ На ці запитання може відповісти ваш законний представник

10. Sind Sie¹ schwanger? 0 ja 0 nein

(Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel, nicht jedoch mit dem hier besprochenen Vektor-Impfstoff empfohlen.)

¹ Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

**Заява про згоду на вакцинацію проти COVID-19
(Первинна та бустерна вакцинації) — векторною вакциною —
(вакцина Janssen® від COVID-19 виробництва Janssen Cilag
International/Johnson & Johnson)**

Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen) – mit Vektor-Impfstoff –
(COVID-19 Vaccine Janssen® von Janssen Cilag International/Johnson & Johnson)

Прізвище особи, якій роблять щеплення (прізвище, ім'я):

Дата народження:

Адреса:

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Я взяв(-ла) до уваги зміст інформаційного листа і отримав(-ла) детальну консультацію у мого вакцинуючого лікаря.

- У мене більше немає питань і я категорично відмовляюся від лікарської консультації.
- Я згоден(-на) на запропоновану вакцинацію проти COVID-19 векторною вакциною.
- Я не згоден(-на) на вакцинацію.

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin/meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit Vektor-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.

Примітки:

Місце, дата:

Підпис особи, якій роблять щеплення

Підпис лікаря

Якщо особа, яка отримує щеплення, не здатна самостійно дати згоду:

Додаток для опікунів: Я заявляю, що я був/була уповноважений/-а надати згоду будь-якою іншою особою, яка підпадає під опіку.

Підпис особи, яка за законом має право на надання згоди (опікун, особа, яка здійснює догляд за пацієнтом, відповідно до законодавства, або супроводжує)

Якщо особа, якій роблять щеплення, не має достатніх повноважень, щоб дати згоду, також вкажіть ім'я та контактні дані законного представника, уповноваженого на дачу згоди відповідно до законодавства (опікуна, особи, яка здійснює догляд за пацієнтом відповідно до законодавства, або супровідної особи):

Прізвище ім'я:

Номер телефону:

Електронна пошта:

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:

Ця версія анамнезу й інформованої згоди була підготовлена Німецькою Асоціацією Зеленого Хреста в Марбурзі у співпраці з Інститутом Роберта Коха в Берліні та захищена авторським правом. Вона може лише відтворюватися та передаватися для некомерційного використання за призначенням. Будь-яке редагування чи внесення змін заборонено.

Видавець: Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg
У співробітництві з Інститутом Роберта Коха, Берлін
Випуск 001 Версія 010 (станом на 14 лютого 2022 р.)

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e.V., Marburg in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin
Ausgabe 001 Version 010 (Stand 14. Februar 2022)