

Einwilligungsbestätigung Covid-19 Impfung

Ich nehme Kenntnis von den möglichen Nebenwirkungen der Covid-19 Impfung (mRNA-Impfstoff von Moderna):

Sehr häufig (kann mehr als 1 von 10 Personen betreffen):

- Schwellung im Unterarm
- Kopfschmerzen
- Übelkeit und Erbrechen
- Lymphknotenschwellungen
- Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen und Steifheit
- Schmerzen oder Schwellung an der Injektionsstelle
- Starke Ermüdung
- Schüttelfrost
- Fieber

Häufig (kann bis zu 1 von 10 Personen betreffen):

- Ausschlag
- Ausschlag, Rötung oder Nesselsucht an der Injektionsstelle
- „Covid-Arm“: grossflächige Rötungen/Schwellungen mit Schmerz/Juckreiz am Impf-Arm (typischerweise 7 Tage nach Impfung)

Gelegentlich (kann bis zu 1 von 100 Personen betreffen):

- Juckreiz an der Injektionsstelle

Selten (kann bis zu 1 von 1'000 Personen betreffen)

- Vorübergehende einseitige Fazialisparese (Bell-Lähmung)
- Schwellung des Gesichts (Schwellung des Gesichts kann bei Patienten auftreten, die kosmetische Injektionen im Gesicht erhalten haben)

Häufigkeit unbekannt

- Schwere allergische Reaktion (Anaphylaxie)
- Überempfindlichkeit

Ausserdem sind aufgrund der sehr kurzen Einführungsdauer aller Covid-19 Impfungen keinerlei Kenntnisse über mögliche Langzeitnebenwirkungen der Impfungen vorhanden.

Eine dringende medizinische Behandlung ist angezeigt, wenn eines der folgenden Anzeichen und Symptome einer allergischen Reaktion auftreten:

- Veränderungen des Herzschlags
- Kurzatmigkeit
- Keuchatmung
- Schwellung Ihrer Lippen, Ihres Gesichts oder Rachens
- Nesselsucht oder Ausschlag
- Übelkeit/Erbrechen
- Magenschmerzen

Hiermit bestätige ich, die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden zu haben.

Ich entscheide mich aus freien Stücken, mich einer Covid-19-Impfung in der Hausärzte GmbH in Frick zu unterziehen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Unterschrift: _____