

Impfung gegen COVID-19

Einverständniserklärung für die Verabreichung der zweiten Dosis des Impfstoffes „Vaxzevria“ bei Personen unter 60 Jahren, die bereits die erste Dosis erhalten haben

Vaccinazione anti COVID-19

Modulo di consenso per seconda dose del vaccino „Vaxzevria“ in soggetti sotto i 60 anni di età che hanno già ricevuto la prima dose

Vor- und Nachname
Nome e cognome _____

Geburtsort
Luogo di nascita _____

Geburtsdatum
Data di nascita _____

Wohnsitz
Residenza _____

Telefon
Telefono _____

Nr. Gesundheitskarte (wenn verfügbar) / n. Tessera sanitaria (se disponibile): _____

Ich habe das von der AIFA (italienischer Arzneimittel-Agentur) ausgearbeitete *Informationsblatt* des Impfstoffes „Vaxzevria“ (COVID-19 Vaccine AstraZeneca), in einer mir bekannten Sprache gelesen und verstanden.

Ich habe den Arzt über aktuelle und/oder frühere Erkrankungen und laufende Therapien informiert.

Ich habe mitgeteilt, dass mir bei der ersten Dosis der Impfstoff „Vaxzevria“ (COVID-19 Vaccine AstraZeneca) verabreicht wurde.

Ich habe aufgrund der Angaben des Gesundheitsministeriums vom 11.06.2021 und der AIFA-Entscheidung Prot. Nr. 699 vom 14. Juni 2021, die die heterologe COVID-19-Impfung in die im Gesetz 648/96 genannten Auflistungen enthält, verstanden, dass der für Personen unter 60 Jahren empfohlene Anti-COVID-19-Impfstoff ist „Comirnaty (Pfizer-BioNTech)“ oder „COVID-19 Vaccine Moderna“ (virale mRNA) ist, auch für diejenigen, die die erste Dosis von „Vaxzevria“ (COVID-19 Vaccine AstraZeneca) erhalten haben.

Ich hatte die Möglichkeit Fragen zur Impfung und zu meinem Gesundheitszustand zu stellen und ausreichende und für mich verständliche Informationen erhalten.

Ich wurde korrekt und in verständlichen Worten informiert, habe die Vorteile und die Risiken der Impfung, die Modalitäten und die therapeutischen Alternativen sowie die Folgen einer eventuellen Verweigerung oder eines Verzichts auf den Abschluss der Impfung mit der 2. Dosis (falls vorgesehen) verstanden.

Ich bin mir meiner Verantwortung bewusst, dass ich bei Auftreten von Nebenwirkungen unverzüglich meinen Arzt informieren und seine Anweisungen befolgen werde.

Ich stimme zu, nach Verabreichung des Impfstoffs mindestens 15 Minuten im Wartezimmer zu verbleiben, um sicherzustellen, dass keine unmittelbaren *Nebenwirkungen* auftreten.

Ho letto, mi è stata illustrata in una lingua nota ed ho del tutto compreso la *Nota Informativa*, redatta dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) del vaccino „Vaxzevria“ (COVID-19 Vaccine AstraZeneca).

Ho riferito al Medico le patologie, attuali e/o pregresse, e le terapie in corso di esecuzione.

Ho riferito di essere stato/a sottoposto/a alla somministrazione della prima dose di vaccino „Vaxzevria“ (COVID-19 Vaccine AstraZeneca).

Ho compreso che sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute dell'11 giugno 2021 e della determina AIFA prot. n. 699 del 14 giugno 2021, che inserisce la vaccinazione COVID-19 eterologa negli elenchi di cui alla legge 648/96, il vaccino anti COVID-19 raccomandato per gli utenti di età inferiore ai 60 anni compiuti è „Comirnaty (Pfizer-BioNTech)“ o „COVID-19 Vaccine Moderna“ (a mRNA virale), anche per chi ha ricevuto la prima dose di „Vaxzevria“ (COVID-19 Vaccine AstraZeneca).

Ho avuto la possibilità di porre domande in merito al vaccino e al mio stato di salute ottenendo risposte esaurienti e da me comprese.

Sono stato correttamente informato con parole a me chiare, ho compreso i benefici ed i rischi della vaccinazione, le modalità e le alternative terapeutiche, nonché le conseguenze di un eventuale rifiuto o di una rinuncia al completamento della vaccinazione con la seconda dose, se prevista.

Sono consapevole che qualora si verificasse qualsiasi effetto collaterale sarà mia responsabilità informare immediatamente il mio Medico curante e seguirne le indicazioni.

Accetto di rimanere nella sala d'aspetto per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino per assicurarsi che non si verifichino *reazioni avverse* immediate.

EINVERSTÄNDNIS

Ich bin einverstanden und autorisiere die
Verabreichung des folgenden Impfstoffes:

CONSENSO

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del
seguinte vaccino:

_____*
* Die Angabe des Impfstoffes ist dem Personal des Impfzentrums vorbehalten
L'indicazione del vaccino è riservata agli operatori/alle operatrici del Centro vaccinale

Datum und Ort / Data e luogo _____

Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

ABLEHNUNG

Ich lehne die Verabreichung des folgenden Impfstoffs ab:

_____*
* Die Angabe des Impfstoffes ist dem Personal des Impfzentrums vorbehalten
L'indicazione del vaccino è riservata agli operatori/alle operatrici del Centro vaccinale

Datum und Ort / Data e luogo _____

Unterschrift der Person, die den Impfstoff erhält, oder ihres gesetzlichen Vertreters
Firma della Persona che riceve il vaccino o del suo Rappresentante legale

RIFIUTO

Rifiuto la somministrazione del seguente vaccino:

Gesundheitspersonal des Impfteams

1. Ärztin/Arzt

Vor- und Nachname
Nome e cognome _____

Berufsbild
Profilo professionale _____

Ich bestätige, dass die zu impfende Person, nach
angemessener Information, die Zustimmung zur
Impfung gegeben hat.

Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale

1. Medico

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo
consenso alla vaccinazione, dopo essere stato
adeguatamente informato.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Firma del medico

2. Ärztin/Arzt oder andere Gesundheitsbedienstete/
anderer Gesundheitsbediensteter

Vor- und Nachname
Nome e cognome _____

Berufsbild
Profilo professionale _____

Ich bestätige, dass die zu impfende Person, nach
angemessener Information, die Zustimmung zur
Impfung gegeben hat.

2. Medico o altra Operatrice sanitaria/altro
Operatore sanitario

Confermo che il Vaccinando ha espresso il suo
consenso alla vaccinazione, dopo essere stato
adeguatamente informato.

Unterschrift des Gesundheitsbediensteten/der Gesundheitsbediensteten
Firma dell'Operatrice sanitaria/Operatore sanitario

**Die Anwesenheit der/des zweiten
Gesundheitsbediensteten ist nützlich, aber bei
Impfungen im häuslichen Bereich oder im
Zusammenhang mit logistisch-organisatorischen
Problemen nicht unbedingt erforderlich.**

**La presenza della seconda operatrice sanitaria/del
secondo operatore sanitario è utile, ma non
indispensabile in caso di vaccinazione a domicilio o in
contesto di criticità logistico-organizzativa.**