

Bielefeld, den:

Name:
wohnhaft:

Geb.-Datum:

**Auffrischimpfungen mit mRNA-Impfstoffen
Comirnaty® (BioNTech Pfizer) oder Spikevax® (Moderna)**

Personen, bei denen nach einer vollständigen Impfung möglicherweise keine ausreichende oder eine schnell nachlassende Immunantwort vorliegt, wird eine Auffrischimpfung bzw. eine weitere Impfung im Sinne einer gesundheitlichen Vorsorge angeboten.

Zu diesen Personen gehören insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und weiteren Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen, Personen mit einer Immunschwäche oder Immunsuppression sowie pflegebedürftige Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit und Menschen ab 60 Jahren.

Auch Personen, die eine vollständige Impfserie mit einem Vektor-Impfstoff erhalten haben, wird im Sinne einer gesundheitlichen Vorsorge eine weitere Impfung angeboten: Dies betrifft Personen, die 2 Impfstoffdosen Vaxzevria® von AstraZeneca oder 1 Impfstoffdosis COVID-19 Vaccine Janssen® von Janssen Cilag International / Johnson Johnson oder die 1 Impfstoffdosis eines Vektor-Impfstoffs nach einer nachgewiesenen Infektion mit dem neuartigen Coronavirus erhalten haben.

Die Auffrischimpfung bzw. zusätzliche Impfung wird mit einer 1-maligen Impfstoffdosis mit einem der beiden mRNA-Impfstoffe (Comirnaty® oder Spikevax®) frühestens 6 Monate nach Abschluss der ersten Impfserie durchgeführt.

Bislang liegen nur beschränkt Erkenntnisse aus Studien und noch kein Beschluss der STIKO direkt zu Auffrischimpfungen mit COVID-19-Impfstoffen vor.

Auf der Grundlage allgemeiner wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Impfstoffen wird davon ausgegangen, dass die Wirkung und Nebenwirkungen dieser Auffrischimpfung mit den hier im Folgenden dargestellten vergleichbar sind.

Das Aufklärungsblatt zu den jeweiligen Erstimpfungen wurde zur Kenntnis genommen und bereits bei der Erstimpfung von mir unterzeichnet.

Datum der Zweitimpfung, bzw. bei einer Impfung mit JohnsonJohnson: _____

Einwilligung mit Datum vom: _____

Unterschrift der zu impfenden Person:

oder

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte
oder Betreuerin)