

Anamnese Einwilligung

(仮訳)

Schutzimpfung gegen COVID-19(Corona Virus Disease 2019) - mit mRNA-Impfstoff - 既往歴(病歴)並びに同意書 -新型コロナの予防接種の mRNA ワクチン接種に関して-

Anamnese/ 既往歴(病歴)について

1. 現在発熱を伴う急性疾患がありますか。

はい いいえ

2. 慢性的な持病又は免疫機能障害がありますか？(例：抗がん剤治療や他の薬剤を使用している。)

はい いいえ

はいの場合、どのような病気ですか。_____

3. 出血性疾患に患っていますか、または血液希釈剤を服用していますか。

はい いいえ

4. アレルギー疾患がありますか？

はい いいえ

5. 過去の予防接種の際に、アレルギー反応、高熱、失神、または、その他の異常な反応がありましたか。

はい いいえ

はいの場合、どのような症状でしたか。_____

6. 妊娠可能な女性の場合：

現在妊娠中または授乳中ですか。

はい いいえ

7. 14 日間以内に他の予防接種を受けましたか。

はい いいえ

*1. 場合によっては、これを法廷代理人が回答をする。

Einwilligung / 同意書

Name der zu impfenden Person(Name, Vorname)

/ 予防接種を受ける方の名前(姓、名)： _____

Geburtsdatum / 生年月日： _____

Anschrift/ 住所： _____

私は、本同意書の記載内容を確認し、予防接種の担当医師と詳細な話をする機会を持ちました。

Ich habe keine weiteren Fragen./その他の質問はありません

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein./

私は新型コロナの予防接種、mRNA ワクチンの接種を受けることに同意します。

Ich lehne die Impfung ab. / 私は予防接種を拒否します。

Ich verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch. /私は明確に医師の医療相談を放棄します。

Anmerkungen: 備考欄

Ort, Datum / 場所、日付： _____

署名：(予防接種を受けた方の署名/未成年者

署名：担当医

の場合は保護者または親権者)

*本既往歴並びに同意書は、ベルリンロベルトコッホインスティテュートと提携してドイツ緑十字、マールブルグによって作成され、著作権が保護されています。本書は非広告的使用目的のみの場合において複写、転送が認められており、編集や変更は許可されていません。

発行者：ドイツ緑十字、マールブルグ、ベルリンのロベルト・コッホインスティテュートと協力して、

発行：第一版001バージョン(2020年12月9日付)