

→ Fragebogen, Aufklärung und Einwilligung

Sprechstunde für Covid 19-Impfung

Personalien der zu impfenden Person (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name: Vorname:

Geschlecht: m w Geburtsdatum:

Strasse/Nr. : PLZ/Ort:

E-Mail: Mobile:

Bitte die folgenden Fragen erst am Tag der Impfung beantworten.

Fragen	Ja	Nein
Für Frauen: Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind? Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen bei früheren Impfungen schwerwiegende Impfreaktionen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Allergien auf Impfstoffe oder andere schwere Allergien (mit allergischem Schock) bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Immunsuppression / Immunschwäche / Immundefizienz bekannt (z. B. infolge Chemotherapie oder Antikörpertherapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Grundkrankheit, die Ihr Risiko für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung erhöht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie gegenwärtig Fieber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie im Moment akut erkrankt (z. B. mit Symptomen einer Covid-19-/Coronavirus-Infektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit oder kürzlich eine Covid-19-/Coronavirus-Infektion diagnostiziert? Falls ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie bereits gegen Covid-19 geimpft? Falls ja, wie oft wurden Sie bereits geimpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit welchem Impfstoff? Datum der letzten Impfung:		

von Ärztin/Arzt auszufüllen:

Initialen Ärztin/Arzt:

gültiger Covid-19-Nachweis in den letzten 6 Monaten

COVID-19-Vorimpfungen: Anzahl Dosen _____

Aktuell verabreichter Impfstoff: Spikevax® Comirnaty® Nuvaxovid®

Informiert und einverstanden mit: Off-Label-Use Off-Recommendation-Use

Selbstzahler/in: Ja Nein

Information und Aufklärung über die Covid-19-Impfung

Ich habe Kenntnis von den «Informationen zur Covid-19-Impfung» (Herbst/Winter 2023) und dem «Factsheet: Covid-19-Impfung» (Herbst/Winter 2023) des BAG. Allfällige Fragen dazu wurden mir beantwortet. Ich wurde insbesondere über folgende Punkte aufgeklärt:

1. Der Schutz durch die Impfung gegen Covid-19 ersetzt nicht allfällige von den Behörden empfohlene weitere Schutzmassnahmen.
2. Nebenwirkungen wie Rötung, Schwellung und Schmerzen an der Einstichstelle, Krankheitsgefühl, leichte Kopfschmerzen, Müdigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fieber, Übelkeit und Erbrechen können auftreten.
Wenden Sie sich im Zweifelsfall an eine Ärztin/einen Arzt. **Bei plötzlich auftretendem Brustschmerz, Atemnot oder spürbarem Herzklopfen (Palpitationen) sowie bei Hautblutungen oder Blutergüssen, schmerzhaften Schwellungen ausserhalb der Impfstelle, starken Bauchschmerzen, Kurzatmigkeit, starken Kopfschmerzen, verschwommenem Sehen, Krampfanfällen oder anderen bedrohlichen Symptomen soll sofort eine ärztliche Beurteilung erfolgen.**
3. Allergische Reaktionen sind vor allem bei bekannten Allergikern beschrieben worden.
4. Die Geimpften bleiben nach der Impfung mindestens 5 bis 15 Minuten zur Beobachtung vor Ort.
5. Das Risiko einer schwer verlaufenden Covid-19-Infektion mit Komplikationen ist höher als die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Nebenwirkungen der Impfung.

Information und Aufklärung betreffend «Off-Label-Use» und/oder «Off-Recommendation-Use» bei der Impfung mit den zugelassenen XBB.1.5-Covid-19-Impfstoffen von Moderna, Pfizer und Novavax

Das Zuger Kantonsspital orientiert sich an den jeweils aktuellen Zulassungsinformationen von Swissmedic sowie den Impfeempfehlungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF). In den folgenden Fällen erfolgt die Impfung als «Off-Label-Use» ausserhalb der aktuell gültigen Zulassung durch Swissmedic und/oder als «Off-Recommendation-Use» ausserhalb der aktuell gültigen Empfehlung von BAG und EKIF (nicht abschliessende Liste):

- Grundimmunisierung mit mehreren Dosen bei bisher ungeimpften, nicht schwer immungeschwächten Patienten
- Grundimmunisierung mit 3 Dosen Spikevax® XBB.1.5 oder Nuvaxovid® XBB.1.5 bei schwer immunsupprimierten, bisher ungeimpften Personen <30 Jahre (empfohlen wird in dieser Situation Comirnaty® XBB.1.5)
- Impfung früher als 6 Monate nach der letztmaligen Impfung oder früher als 6 Monate nach einem dokumentierten COVID-19-Infekt
- Impfung mit Nuvaxovid® XBB.1.5 für unter 18-Jährige oder Schwangere oder Stillende
- Impfung mit Spikevax® XBB.1.5 bei unter 18-Jährigen
- Impfung mit Comirnaty® XBB.1.5 bei unter 12-Jährigen

Ausschliesslich für Impfungen gegen Covid-19 gemäss den aktuellen Empfehlungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) übernimmt der Bund die Kosten. Ohne entsprechende Empfehlung müssen die Kosten der Impfung selber getragen werden.

Bei behördlich empfohlenen Impfschemen einschliesslich solchen mit «Off-Label-Use» kommt neben der Haftung des Impfstoffherstellers (Produkthaftpflicht) und des Zuger Kantonsspitals (Auftragshaftung) allenfalls die subsidiäre Haftung des Bundes gemäss Epidemiengesetz (Ausfallhaftung) zur Anwendung.

Bei einer Impfung, die weder zugelassen noch behördlich empfohlen ist («Off-Label-Use» und «Off-Recommendation-Use») entfallen die Produkthaftpflicht des Impfstoffherstellers, die allfällige subsidiäre Haftung des Bundes gemäss Epidemiengesetz (Ausfallhaftung) und die Haftung des Zuger Kantonsspitals für jegliche Schäden vollständig, sofern diese nicht auf die unsachgemässe Verabreichung des Impfstoffs zurückzuführen sind.

Einwilligung der zu impfenden Person

Ich hatte Gelegenheit, bestehende Fragen zu klären und bin über Wirkungen und allfällige Nebenwirkungen der verabreichten Impfungen und abgegebenen Medikamente aufgeklärt worden. Ebenso bestätige ich, über einen allfälligen «Off-Label-Use» und/oder «Off-Recommendation-Use» aufgeklärt worden zu sein.

Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die Covid-19-Impfung und in den allfälligen «Off-Label-Use» und/oder «Off-Recommendation-Use» des Covid-19-Impfstoffs von Moderna, Pfizer bzw. Novavax ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem die Richtigkeit meiner Angaben im Fragebogen Seite 1.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Covid-19-Impfung nur dann kostenfrei ist, wenn eine entsprechende Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) vorliegt (Art. 64d^{bis} der Epidemieverordnung). Über den Preis der Impfung bei fehlender Empfehlung durch die EKIF wurde ich informiert und erkläre mich bereit, diesen vor Ort zu begleichen (Bezahlung nur mit EC-, Kreditkarte oder Twint möglich; keine Barzahlung).

Ich erkläre das Zuger Kantonsspital für berechtigt, allenfalls in der kantonalen Datenbank für Covid-19 Impfungen zu prüfen, wann ich wo und mit welchem Covid-19-Impfstoff im Kanton Zug geimpft worden bin. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Zuger Kantonsspital keinen Zugriff auf Impfdatenbanken anderer Kantone hat.

Es werden keine Impfzertifikate mehr ausgestellt. Für Reisen ins Ausland wird empfohlen, einen internationalen Impfausweis mit den COVID-19-Impfbescheinigungen mitzuführen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben genannten administrativen und medizinischen Daten vom Zuger Kantonsspital gespeichert und im Zusammenhang mit meiner Impfung weiterbearbeitet werden.

Es gilt materielles Schweizer Recht unter Ausschluss des Kollisionsrechts. Gerichtsstand ist Baar (Schweiz).

Datum:

Unterschrift:

(bei Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren Unterschrift der Eltern oder einer erziehungsberechtigten Person)