

**Impfung gegen COVID-19**  
**Einverständniserklärung**  
**„Impfstoff COVID-19 Janssen“**

**Vaccinazione anti-COVID-19**  
**Modulo di consenso**  
**“Vaccino COVID-19 Janssen”**

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 folgenden Impfstoffes, in einer mir bekannten Sprache gelesen und verstanden:

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 seguente vaccino:

**“COVID-19 Janssen”**

Ich habe den Arzt über aktuelle und/oder frühere Erkrankungen und laufende Therapien informiert. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zur Impfung und zu meinem Gesundheitszustand zu stellen und ausreichende und für mich verständliche Informationen erhalten.

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

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

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.

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.

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

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

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

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

Ich habe verstanden, dass aufgrund der Angaben des nationalen technisch-wissenschaftlichen Komitees (in den Rundschreiben Nr. 26246 vom 11.06.2021, bzw. Nr. 27471 vom 18.06.2021, die die Möglichkeit einer Abweichung von der Altersgrenze über 60 Jahren vorsehen), und aufgrund des positiven Gutachtens des Ethikkomitees (territorial zuständigen), der Impfstoff auch Personen unter 60 Jahren verabreicht werden kann.

Ho compreso che sulla base delle indicazioni del Comitato tecnico scientifico nazionale (nella sua circolare prot. n. 26246 dell'11.06.2021, rispettivamente n. 27471 del 18.06.2021 che prevedono la possibilità di una deroga del limite di età sopra i 60 anni) e visto il parere positivo del Comitato etico (territorialmente competente) il vaccino può essere somministrato anche a persone sotto i 60 anni.

**EINVERSTÄNDNIS**

Ich bin einverstanden und autorisiere die Verabreichung des folgenden Impfstoffes:

**CONSENSO**

Acconsento ed autorizzo la somministrazione del seguente vaccino:

**“COVID-19 Janssen”**

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****RIFIUTO**

Ich lehne die Verabreichung des folgenden Impfstoffs ab: Rifiuto la somministrazione del seguente vaccino:

**"COVID-19 Janssen"**

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*

**Gesundheitspersonal des Impfteams****Professionisti sanitari dell'equipe vaccinale**

1. Ärztin/Arzt

1. Medico

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.

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

2. Medico o altra Operatrice sanitaria/altro Operatore sanitario

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.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Ärztin/des Arztes  
 Firma del medico

**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.**

**Details zu Verabreichung der Impfung****Dettagli operativi della vaccinazione**

	Verabreichungsstelle Sito di iniezione M. deltoideus		Charge Lotto	Verfallsdatum Data di scadenza	Verabreichungsort Luogo di somministrazione	Datum und Uhrzeit Data e ora	Unterschrift Gesundheitspersonal Firma personale sanitario
Dosis Dose	dx	sx					