

EXTRA-AUFKLÄRUNGSMERKBLATT für unter 60-Jährige

**Zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
– mit Vektor-Impfstoffen –
(Vaxzevria® von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)**

Die STIKO empfiehlt die Impfung mit Vaxzevria® von AstraZeneca nur für Personen, die 60 Jahre oder älter sind. Für Erwachsene unterhalb dieser Altersgrenze empfiehlt die STIKO die Impfung mit diesem Impfstoff aktuell nicht, da es in einigen seltenen Fällen, und zwar ganz überwiegend bei Personen in einem Alter unter 60 Jahren, zu schweren Erkrankungen kam. Diese Erkrankungen beinhalteten Blutgerinnsel (Thrombosen) in Kombination mit einer Verringerung der Blutplättchenzahl (Thrombozytopenie) und gingen teilweise mit Blutungen einher. Blutgerinnsel im Kopf (Sinusvenenthrombosen) wurden im Zeitraum 4-16 Tage nach Impfung beobachtet. **Einige Personen sind auf Grund der Nebenwirkungen verstorben.**

Bei Auftreten von Nebenwirkungen:

Begeben Sie sich unverzüglich in ärztliche Behandlung, wenn Sie nach der Impfung Atemnot, Brustschmerzen, Beinschwellungen oder anhaltende Bauchschmerzen entwickeln. Suchen Sie auch sofort eine Ärztin oder einen Arzt auf, wenn Sie nach der Impfung starke oder anhaltende Kopfschmerzen oder Sehstörungen haben oder bei Ihnen nach einigen Tagen Blutergüsse oder punktförmige Hautblutungen außerhalb der Einstichstelle auftreten.

Laut STIKO-Empfehlung ist eine Impfung mit Vaxzevria® von AstraZeneca bei Personen unter 60 Jahre weiterhin möglich, wenn sie diese Entscheidung gemeinsam mit ihrer Ärztin / ihrem Arzt treffen.

Sie haben sich ausführlich mit der Erkrankung, den Impfstoffen und deren Nebenwirkungen beschäftigt und konnten alle Fragen hierzu stellen. Sie sind sich dem erhöhten Risiko von Nebenwirkungen bewusst und wünschen trotzdem ausdrücklich eine Impfung mit einem der zwei Impfstoffe: Vaxzevria® von AstraZeneca bzw. COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson.

Hiermit willige ich ausdrücklich in die Impfung mit Vaxzevria® von AstraZeneca oder COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson ein. Ich bin mir meinem Risiko bewusst und habe keine offenen Fragen mehr.

Datum, Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift Arzt