

AUFKLÄRUNGSMERKBLATT (Stand 19.01.2022)

Auffrischimpfung nach COVID-19- Grundimmunisierung mit mRNA-Impfstoffen Comirnaty und Spikevax

Comirnaty® ist durch die EMA für Personen ab 5 Jahren zugelassen und wird durch die STIKO für Personen ab 12 Jahren generell empfohlen.

Spikevax® ist durch die EMA zugelassen und durch die STIKO zur Anwendung bei Personen ab 30 Jahren empfohlen.

Die STIKO empfiehlt, dass Auffrischimpfungen mit einem mRNA-Impfstoff für Personen ≥ 12 Jahre bereits **ab dem vollendeten 3. Monat** nach Abschluss der Grundimmunisierung verabreicht werden. Personen, die eine labordiagnostisch gesicherte SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht haben, sollen bis auf weiteres eine einmalige COVID-19-Impfstoffdosis im Abstand von mindestens 3 Monaten zur Infektion erhalten. Die Empfehlung zur Auffrischimpfung gilt auch **für Schwangere ab dem 2. Trimenon** mit dem mRNA-Impfstoff Comirnaty.

Für die **Auffrischimpfung soll ein mRNA** Impfstoff verwendet werden. Bei Personen < 30 Jahren empfiehlt die STIKO aufgrund des höheren Myokarditisrisikos, welches bei der Impfung mit Spikevax in dieser Altersgruppe beobachtet wurde, ausschließlich die Verwendung von Comirnaty.

Personen, die eine Impfstoffdosis COVID-19 Vaccine Janssen® erhalten haben, sollen laut Empfehlung der STIKO zur Optimierung ihres Impfschutzes eine weitere Impfung erhalten. Unabhängig vom Alter soll diesen Personen eine Impfstoffdosis eines mRNA-Impfstoffs ab 4 Wochen nach der Impfung mit COVID-19 Vaccine Janssen® angeboten werden. Wenn nach der Impfung mit COVID-19 Vaccine Janssen® eine nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektion aufgetreten ist, wird derzeit keine weitere Impfung mit einem mRNA-Impfstoff empfohlen. Ein ausführliches Aufklärungsgespräch war bereits zur Erstimpfung erfolgt. Mir ist das aktuelle Aufklärungsmerkblatt des RKI zur COVID-Impfung bekannt.

Impfkomplikationen/ Nebenwirkungen/ Folgeschäden/ Impfreaktionen (insb. Myokarditis) sind mir bekannt und wurden bereits beim Erstgespräch erläutert.

Ich willige nach sorgfältiger Nutzen-/ Risikoabwägung der Auffrischimpfung ein und ich habe keine weiteren Fragen zur Impfung; ein neuerliches ärztliches Aufklärungsgespräch wird nicht gewünscht.

Vorname / Name: _____

Ort / Datum: _____

Unterschrift Ärztin / Arzt: _____

Unterschrift der zu impfenden Person oder Betreuer: _____