

ANAMNESE

Zur Schutzimpfung gegen
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
(Grundimmunisierung und Auffrischimpfung)

mRNA

Stand: 18.November 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen (1) derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber? JA NEIN

2. Sind Sie (1) in den letzten 14 Tagen geimpft worden? JA NEIN

3. Wurden Sie (1) bereits gegen COVID-19 geimpft? JA NEIN

Wenn JA, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff: _____

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit)

Datum: _____ Impfstoff: _____

Datum: _____ Impfstoff: _____

4. Falls Sie (1) bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben:
Haben Sie (1) danach eine allergische Reaktion entwickelt? JA NEIN

Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten? JA NEIN

Wenn JA, welche _____

5. Wurde bei Ihnen (1) in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus
(SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? JA NEIN

Wenn JA, welche _____

(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)

6. Haben Sie (1) chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche
(z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)? JA NEIN

Wenn JA, welche _____

7. Leiden Sie (1) an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie
blutverdünnende Medikamente ein? JA NEIN

8. Ist bei Ihnen (1) eine Allergie bekannt? JA NEIN

Wenn JA, welche _____

9. Traten bei Ihnen (1) nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen,
hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? JA NEIN

Wenn JA, welche _____

10. Sind Sie schwanger (1)? JA NEIN

Wenn JA, welche in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)? _____

(1) ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet