

Anamnesebogen

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna) oder mit Vektor-Impfstoff (Vaxzevria von AstraZeneca und COVID-19 Vaccine Janssen® von Johnson & Johnson)

Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja nein

Haben Sie bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten? *(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)*

ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum Impfstoff

Falls Sie bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja nein

Wenn ja, wann und welchem? Datum Reaktion

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? *(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung frühestens 6 Monate nach Genesung bzw. Diagnosestellung durchzuführen.)*

ja nein

Wenn ja, wann? Datum

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

ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja nein

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche?

Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja nein

Wenn ja, welche?

Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?

ja nein

Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreters