

ANAMNESEBOGEN - mRNA-IMPfstoff

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) _____

männlich weiblich
Geschlecht

Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

nein ja

Haben Sie bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?

nein ja

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

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Hatten Sie danach Reaktionen (z.B. auffällige Nebenwirkungen, allergische Reaktionen)?

1. IMPFUNG Datum _____ Impfstoff _____ Reaktion _____

2. IMPFUNG Datum _____ Impfstoff _____ 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 4 Wochen nach Genesung bzw. Diagnosestellung durchzuführen.)

nein ja, wann zu Ende? _____

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

nein ja, folgende _____

Haben Sie innerhalb der letzten 2 Wochen eine andere Impfung, insbesondere mit Lebendimpfstoff (Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Gelbfieber) erhalten?

nein ja, folgende _____

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

nein ja, folgende _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Xarelto, Marcumar...) ein oder liegt bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung vor?

nein ja, folgende _____

Gab es bei Ihnen in den letzten 6 Monaten besondere Vorkommnisse, z. B. Änderungen der Medikamente, neue Erkrankungen?

nein ja, folgende _____

Nur Frauen im gebärfähigen Alter: Liegt bei Ihnen eine Früh-Schwangerschaft (erste drei Monate) vor?

nein ja

Ich wurde schon bei einer früheren Coronaimpfung über die Nutzen und Risiken einer Impfung gegen SARS-CoV-2 mit mRNA-Impfstoffen aufgeklärt und möchte auf eine erneute Aufklärung verzichten.

nein ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Mit der Impfung erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreters _____