

# ANAMNESEBOGEN - mRNA-IMPfstOFF

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

männlich

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

weiblich

Geschlecht

- 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 \_\_\_\_\_

- Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  nein  ja

- 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 Schwangerschaft vor?

nein  ja, in folgendem Schwangerschaftsmonat \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_