



COVID-Schutzimpfung

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen für **Erwachsene**

Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

Covid-Impfstelle

Eingangsstempel

Rückfragen: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. wählen Sie Zutreffendes aus.

Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand / Impfstatus ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin/dem Impfarzt ersucht.

Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (**Impfausweis, Impfkarte**) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

1. Schutzimpfung

1.1 Schutzimpfung mit

COVID-19 mRNA-Impfstoff

2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Hatte die zu impfende Person bereits eine bekannte SARS-CoV-2-Infektion ? Wenn ja, wann zuletzt? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat die zu impfende Person bereits eine COVID-19-Impfung erhalten? Wenn ja, wann war die letzte COVID-19-Impfung? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion ? (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere) Wenn ja, woran? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht bei der zu impfenden Person eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes ? (siehe Gebrauchsinformation) Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatte die zu impfende Person schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps ? Wenn ja, worauf? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgte bei der zu impfenden Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung oder wird derzeit eine allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung durchgeführt? Wenn ja, welche und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? Wenn ja, was und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nimmt die zu impfende Person blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine Chemotherapie und / oder Strahlentherapie durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person immunschwächende Medikamente ein (z.B. Cortison) ? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen ? (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber) Wenn ja, nach welcher Impfung und welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet die zu impfende Person an einer schweren oder chronischen Erkrankung ? (z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen) Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde vor Kurzem bei der zu impfenden Person ein operativer Eingriff durchgeführt oder ist ein solcher geplant? Wenn ja, wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sofern eine Schwangerschaft bei der zu impfenden Person besteht, bitte ankreuzen! Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____	<input type="radio"/> Ja

