

ANAMNESE Schutzimpfung (Grundimmunisierung und Auffrischimpfungen)
gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff Comirnaty/Omicron XBB 1.5.®

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja nein

2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja nein

3. Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft?

ja nein

Wenn ja, wann? (Auffrischung frühestens nach einem Jahr)

Datum: _____ Datum: _____ Datum: _____

4. Falls Sie bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben:

Haben Sie danach eine allergische, ungewöhnliche Reaktion entwickelt?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Waren Sie bereits an Covid-19 erkrankt?

ja nein

Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Auffrischung frühestens nach einem Jahr)

6. 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 _____

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

ja nein

8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche _____

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

ja nein

Wenn ja, welche _____

10. Sind Sie schwanger? (Eine Impfung wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen)

ja nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)? _____

Ohne Impfausweis oder anderen Impfnachweis ist keine Impfung möglich!
Einwilligungserklärung:

Unterschrift der zu impfenden, sorgeberechtigten, vorsorgeberechtigten, betreuenden Person

Ort und Datum