

Anamnese zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)
– mit mRNA-Impfstoff –

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

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

ja

nein

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

ja

nein

3. Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja :

nein

wenn ja, welche

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

ja

nein

5. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

ja

nein

wenn ja, welche

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

ja wenn ja, welche

nein

wenn ja, welche _____

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

ja

nein

8. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? _____

ja

nein

Unterschrift Impfling (falls einwilligungsfähig)

Unterschrift Arzt

¹ Sachverhalt bei Pflegekräfte oder gesetzlichen Vertretern erfragen.