

ANAMNESE

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

Stand: 11. Januar 2021

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

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Falls Sie¹ bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

nein

3. Leiden Sie¹ unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja

nein

wenn ja, welche _____

4. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

5. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

ja

nein

wenn ja, welche _____

6. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

wenn ja, welche _____

7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie¹?

ja

nein

8. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

¹ Ggf. wird dies von den gesetzlichen VertreterInnen beantwortet