



## **CORONA – IMPFUNG**

### Impfeinwilligung und Anamnese

Sehr geehrte Patienten,

für Ihre anstehende Corona-Impfung bitten wir Sie diesen Fragebogen auszudrucken, folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten und den unterschiedenen Fragebogen zu Ihrem Impftermin zusammen mit Ihrem gelben Impfausweis und dem Aufklärungsbogen mitzubringen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

*Falls gesetzlich versichert ...*

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

#### **Fragen:**

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| • Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine Impfung? .....                                       | <b>ja</b><br><input type="checkbox"/> | <b>nein</b><br><input type="checkbox"/> |
| • Hatten Sie eine Covid-19 Infektion in den letzten 6 Monaten? .....                           | <b>ja</b><br><input type="checkbox"/> | <b>nein</b><br><input type="checkbox"/> |
| • Ich nehme blutverdünnende Medikamente .....  | <b>ja</b><br><input type="checkbox"/> | <b>nein</b><br><input type="checkbox"/> |
| • Ich leide unter schweren Allergien (Schwellung der Lippen, Atemnot, Kreislaufprobleme) ..... | <b>ja</b><br><input type="checkbox"/> | <b>nein</b><br><input type="checkbox"/> |
| • Ich habe bereits einmal allergisch auf eine Impfung reagiert .....                           | <b>ja</b><br><input type="checkbox"/> | <b>nein</b><br><input type="checkbox"/> |
| • Ich hatte in der Vergangenheit bereits Thrombosen oder Lungenembolien .....                  | <b>ja</b><br><input type="checkbox"/> | <b>nein</b><br><input type="checkbox"/> |

- Ich leide unter einer Autoimmunerkrankung ..... **ja**  **nein**
- Ich bin schwanger ..... **ja**  **nein**
- Ich weiß das ich zur Impfung frei von einem akuten Infekt sein ..... **ja**   
 muß (Halsweh, Fieber, Gliederschmerzen, Husten, Nießen etc.)

**Wichtige Informationen zur Corona-Impfung**

Nach der Impfung bleiben Sie bitte 15 Minuten zur Nachbeobachtung in der Praxis (Allergiker 30 Minuten).

Falls Sie nach der Impfung 1-2 Tage Grippe-symptome (Glieder und Kopfschmerzen, Fieber oder Schmerzen an der Einstichstelle) haben können Sie Fiebermedikamente (z.B. Ibuprofen, Paracetamol) einnehmen. Bei weiteren Beschwerden melden Sie sich bei uns oder wählen Sie 116117 (ärztlicher Bereitschaftsdienst).

- Die vorgenannten wichtigen Informationen zur Corona-Impfung ..... **ja**   
 habe ich zur Kenntnis genommen

Hiermit willige ich in die vorgesehene Impfung gegen Corona ein und wünsche auch die 2. Impfung falls die für den verabreichten Impfstoff so vorgesehen ist.

Ort, Datum:

Unterschrift: