

**Dokumentation: Schutzimpfung gegen Covid-19**

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Mobile Nr:

**Gesundheitsfragen**

Impfung: 1

2

Nein    Ja

- Besteht bei Ihnen zurzeit eine fieberhafte Erkältung?
- Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar)?
- Liegt bei Ihnen eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche vor (z.B. Chemotherapie, Bestrahlung, Cortison-Medikation, HIV, AIDS)?
- Sind bei früheren Impfungen Probleme aufgetreten?
- Erfolgt bei Ihnen gerade eine Hyposensibilisierungsbehandlung? (zwischen Impfen und Hyposensibilisierungsspritze sollten 1 bis 2 Wochen liegen).
- Für Frauen: Sind Sie schwanger?
- Bei der zweiten Impfung: Sind bei der ersten Impfung unerwartete Nebenwirkungen aufgetreten?
- Wenn ja, welche?

**Bestätigung durch den Patienten / die Patientin**

Hiermit bestätige ich, dass ich das Dokument vom **Bundesamt für Gesundheit (BAG) "Factsheet: Impfung gegen Covid-19"** inkl. den Informationen über Risiken und unerwünschte Wirkungen erhalten habe und dass ich die Impfung durchführen lassen will:

Ort und Datum

Unterschrift

---

Im Falle von Entscheidungsunfähigkeit gilt Unterschrift der medizinisch vertretungsberechtigten Person. In diesem Fall Name und Vorname dieser Person angeben: \_\_\_\_\_

Impfstoff / Charge \_\_\_\_\_

Impfstelle: li OA

rechter OA

Bemerkungen:

---

Datum Impfgespräch und Impfung: \_\_\_\_\_ Visum und Stempel impfende Person: \_\_\_\_\_

Aufgrund der sehr seltenen allergischen Reaktionen empfiehlt es sich, nach der Impfung für ca. 15-30 Minuten in der Impfstelle oder unter ärztlicher Aufsicht zu verbleiben.

Bei Beschwerden innerhalb von 72 Stunden nach der Impfung melden Sie sich bitte bei Ihrem Hausarzt.