

Gesundheitsformular: Schutzimpfung gegen Covid-19

Vorname: _____ Name: _____

Strasse Nr. _____ PLZ Ort: _____

Geb. Datum: _____ Mobile Nr. _____

Gesundheitsfragen

Impfung: 1 2

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Wurden Sie bereits einmal gegen Covid-19 geimpft (Impfzentrum, Arztpraxis, Ausland)?
Wenn ja, wo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Arbeiten Sie im Gesundheitswesen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Stehen Sie in engem Kontakt zu besonders gefährdeten Personen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leiden Sie an chronischen Krankheiten (Bluthochdruck, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Besteht bei Ihnen eine schwere Immunsuppression/Abwehrschwäche? (siehe Rückseite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatten Sie schwere Nebenwirkungen bei früheren Impfungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Für Frauen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____ (Rückseite Abschnitt 2 beachten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie bereits eine COVID-19 Infektion durchgemacht ?
Wenn ja, wann (Testdatum)? _____ (Fragen auf Rückseite beantworten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aktueller Gesundheitszustand

- Leiden Sie an einer akuten fieberhaften Erkrankung und Husten? Ja Nein

Covid-Zertifikat

- Möchten Sie ein Covid-Zertifikat erhalten? Ja Nein

Bestätigung durch den Patienten / die Patientin

Hiermit bestätige ich, dass ich von den Dokumenten «**Factsheet: Impfung gegen Covid-19**» und «**Informationen zu möglichen Nebenwirkungen**» Kenntnis genommen habe und ich die Impfung durchführen lassen will:

Ort & Datum: _____ Unterschrift: _____

(Im Fall von Entscheidungsunfähigkeit gilt Unterschrift der medizinisch vertretungsberechtigten Person, in diesem Fall Vorname/Name dieser Person hier angeben: _____)

Impfstelle: li OA re OA

Impfstoff / Charge:

Bemerkungen: _____

Datum der Impfung: _____ Visum Impfende Person: _____

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

Bei Beschwerden nach der Impfung melden Sie sich bitte beim Hausarzt.

Dr.med. Hans Vogt
Facharzt FMH für Allgemeine Medizin
Ärztlicher Gesamtleiter IZ BL

1. Durchgemachte Covid-19 Infektion

In den Impfempfehlungen des BAG vom 28.05.2021 steht:

- **Gesunde Personen sollen 6 Monate nach der Covid-19-Infektion geimpft werden, Personen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko bereits 3 Monate nach der Covid-19-Infektion. «Personen mit einer bestätigten Covid-19-Erkrankung (per PCR/Antigentest) wird nur eine Impfdosis empfohlen».**
- Eine Impfung kann frühestens nach 1 Monat nach durchgemachter Covid-19 Erkrankung gemacht werden.
- Wenn Sie **immunsupprimiert** sind (z.B. laufende Chemotherapie, Organtransplantation, hochdosierte Kortison Therapie [= > 50mg/24h], Behandlung einer rheumatischen Erkrankung mit Biologica), werden 2 Impfungen empfohlen.
- Sollten Sie unsicher sein, ob eine 1. resp. 2. Impfung sinnvoll ist (z.B. aus medizinischer Sicht, häufige Geschäftsreisen ins Ausland, Tourismus, etc.), dann steht Ihnen unser zuständiger Tagesarzt oder die operativen Leiter der Kantonalen Impfzentren für ein Beratungsgespräch gerne zur Verfügung.

Bitte kreuzen Sie an, welches Vorgehen Sie wünschen:

- Ich möchte mich heute nicht impfen lassen.
(Ihre Registrierung wird gelöscht, Sie müssen sich zum gegebenen Zeitpunkt neu anmelden).
- Ich möchte mich heute impfen lassen und verzichte gemäss Empfehlung auf die 2. Impfung.
- Ich möchte beide Impfungen in Anspruch nehmen.
- **Impfnachweis/Bestätigung nach durchgemachter Covid-19-Infektion**
Beim Check-out erhalten Sie einen Impfnachweis. Dieser beinhaltet die Daten zur durchgeführten Impfung. Wünschen Sie darauf einen Hinweis über die durchgemachte Covid-19-Infektion, dann benötigen wir dazu eine Kopie des positiven Laborbefundes über den durchgeführten PCR/Antigentest.
In gleicher Weise werden die Impfbüchlein nachgeführt.

2. Impfung bei Schwangerschaft

- Während den ersten 12 Schwangerschaftswochen darf keine Impfung verabreicht werden.
- Ab der 13. Schwangerschaftswoche ist eine Impfung möglich, allerdings nur mit einem fachärztlichen Attest Ihrer Frauenärztin oder Ihres Frauenarztes.

Vorname / Name: _____ Visum: _____