

## Gesundheitsformular: Schutzimpfung gegen Covid-19

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

Strasse Nr. \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Mobile Nr. \_\_\_\_\_

### Gesundheitsfragen

**Impfung:** 1  2  3  | Booster

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Wurden Sie bereits gegen Covid-19 geimpft (Impfzentrum, Arztpraxis, Ausland)?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann? _____ Anzahl Impfungen: _____ Impfstoff: _____                       |                          |                          |
| • 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"/> |
| • <b>Für Frauen:</b> Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche? _____ (Rückseite Abschnitt 2 beachten)   |                          |                          |
| • Haben Sie bereits eine <b>COVID-19 Infektion durchgemacht</b> ?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, wann (Testdatum)? _____ (Fragen auf Rückseite beantworten)                 |                          |                          |

### Aktueller Gesundheitszustand

- Leiden Sie an einer akuten fieberhaften Erkrankung und Husten?

### Covid-Zertifikat

- Möchten Sie ein Covid-Zertifikat erhalten?

### 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 Impfpfehlungen des BAG vom 09.11.2021 steht:

- **Gesunde Personen und besonders gefährdete Personen (BGP) sollten frühestens 1 Monat (Minimalabstand 4 Wochen) nach der Covid-19 Infektion geimpft werden.**
- Nachweis der durchgemachten Infektion mit PCR-/Antigentest/Anti-Spike oder Anti-Nukleokapsid IgG. Ein Selbsttest gilt nicht als Nachweis.
- Wenn Sie **immunsupprimiert** sind (z.B. laufende Chemotherapie, Organtransplantation, hochdosierte Kortison Therapie [= > 50mg/24h], Behandlung einer rheumatischen Erkrankung mit Biologica), werden 2 Impfungen empfohlen, im Abstand von jeweils 4 Wochen, innerhalb 3 Monate nach Infektion.
- 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 Impfbüros 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 der Stillzeit

- Während den ersten 12 Schwangerschaftswochen wird eine Impfung nicht empfohlen.  
Auf ausdrücklichen Wunsch der schwangeren Person ist eine Impfung trotzdem möglich. Ein ärztliches Attest ist nicht notwendig.
- Ab der 13. Schwangerschaftswoche ist eine Impfung empfohlen.
- Ebenso können stillende Mütter problemlos geimpft werden.

Visum: \_\_\_\_\_

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