

Gesundheitsformular: Schutzimpfung gegen Covid-19 (5 bis 11-jährig)

Vorname: _____ Name: _____

Strasse Nr. _____ PLZ Ort: _____

Geb. Datum: _____ Mobile Nr. _____

Gesetzlichen Vertretung:

Name/Vorname: _____ Mobile Nr. _____

Gesundheitsfragen

Impfung: 1 2 3 | Booster

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wurde Ihr Kind bereits gegen Covid-19 geimpft (Impfzentrum, Arztpraxis, Ausland)?
Wenn ja, wo? _____ Anzahl Impfungen: _____ Impfstoff: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Steht Ihr Kind in engem Kontakt zu besonders gefährdeten Personen? (siehe Rückseite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung? (siehe Rückseite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Besteht bei Ihrem Kind eine schwere immundefizienz/Abwehrschwäche? (siehe Rückseite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hatte Ihr Kind schwere Nebenwirkungen bei früheren Impfungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hat Ihr Kind bereits eine COVID-19 Infektion durchgemacht ?
Wenn ja, wann (Testdatum)? _____ (siehe Rückseite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aktueller Gesundheitszustand

- Leidet Ihr Kind an einer akuten fieberhaften Erkrankung und Husten? Ja Nein

Covid-Zertifikat

- Möchten Sie für Ihr Kind ein Covid-Zertifikat erhalten? Ja Nein

Bestätigung durch eine erziehungsberechtigte Person:

Hiermit bestätige ich, dass ich von den Dokumenten «**Factsheet: Impfung gegen Covid-19 vom 20.12.2021**» und «**Informationen zu möglichen Nebenwirkungen**» Kenntnis genommen habe und ich die Impfung durchführen lassen will:

VOLLMACHT erziehungsberechtigte Personen!

Ort & Datum: _____ Unterschrift: _____

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 am Impfort und unter ärztlicher Aufsicht zu verbleiben.

Bei Beschwerden nach der Impfung melden Sie sich mit Ihrem Kind beim Kinderarzt / 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 21.01.2022 steht:

Gesunden Kindern nach bestätigter Covid-19 Infektion wird aktuell keine Impfung empfohlen.

Aufgrund der sehr niedrigen Krankheitslast wird der Nutzen der Impfung bei genesenen Kindern, ohne unten genannte chronische Grunderkrankung oder regelmässigem Kontakt zu Personen mit Immundefizienz, als nicht gegeben eingeschätzt.

Kindern, die folgende Punkte erfüllen, wird mind. 4 Wochen nach der bestätigten Infektion **eine Impfdosis** (10 µg) empfohlen.

- Kinder, die aufgrund **einer chronischen Erkrankung** bereits stark gesundheitlich belastet sind oder **enge Kontakte** mit Personen haben, die sich selbst mit der Impfung nicht ausreichend schützen können (Immundefizienz).
- **Schwer immundefiziente/immunsupprimierte** Kinder im Alter von 5 - 11 Jahren.

2. Die Impfung wird insbesondere empfohlen

Diese Empfehlung gilt **besonders für Kinder im Alter von 5 – 11 Jahren**, die

a) aufgrund **einer chronischen Erkrankung** bereits stark gesundheitlich belastet sind. Dies um möglichst jede zusätzliche Erkrankung/Infektion zu verhindern, wie beispielsweise im Falle einer schweren neuro-muskulären Erkrankung.

b) **enge Kontakte** (Haushaltsmitglieder) mit Personen haben, die sich z.B. wegen Immundefizienz selbst mit der Impfung nicht ausreichend schützen können.

c) **sowie allen übrigen gesunden Kindern von 5 - 11 Jahren.**

Impfnachweis/Bestätigung nach durchgemachter Covid-19-Infektion

Beim Check-out erhalten Sie für Ihr Kind einen Impfnachweis. Dieser beinhaltet die Daten zur durchgeführten Impfung. Wünschen Sie für Ihr Kind darauf zusätzlich einen Hinweis über die durchgemachte Covid-19-Infektion, dann benötigen wir dazu eine Kopie des positiven Laborbefundes über den durchgeführten PCR/Antigentest oder Antikörpertest.

In gleicher Weise werden die Impfbüchlein nachgeführt.

Visum: _____

Name / Vorname: _____

Der gesetzlichen Vertretung