

**LAUFBLATT COVID-19-ERST-IMPfung SOZIALMEDIZINISCHE INSTITUTIONEN**

«Ärztliche Impferklärung / Attest» zur Durchführung der COVID-19 Erst-Impfung für hausärztlich betreute Patientinnen und Patienten aus sozialmedizinischen Institutionen

«Einverständniserklärung» Mitarbeitende

**Angaben zur Person (Patient / Impfling)**

<b>VacMe-Code</b>	
Name	
Vorname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ / Ort	
E-Mail privat	
Mobilephone- oder Telefon-Nr.	
Krankenkasse	
Krankenkassen-Nr.	
Beruf	

**Angaben zur Institution:**

Name Institution	
Adresse Institution	
PLZ / Ort	
Telefon-Nr. Institution	

Damit das Impfteam entscheiden kann, ob die Person wirksam und ohne besondere Gefährdung geimpft werden kann, bitten wir Sie, folgende Angaben zu machen:

	Nein	Ja	Bemerkungen
Schwangerschaft (Impfung für Schwangere, die chronische Krankheit haben, nach Rücksprache und Attest mit/von GynäkologIn ab 2. Trimenon erlaubt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bisherige Impf-Komplikation/en (z.B. allergische Reaktionen, hohes Fieber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	folgende:
Andere Impfung/en in der letzten Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	folgende:

<b>Immunsuppression:</b>	Nein	Ja	Bemerkungen
Einnahme von Medikamenten oder Behandlungen innerhalb der letzten drei Monate, die stark auf das Immunsystem wirken, wie z.B. Kortison, Gammaglobuline, Immunsuppressiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	folgende:
Schwere Immunsuppression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht eine schwere Erkrankung mit Auswirkung auf das Immunsystem (z.B. Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	folgende:

<b>Medikamente:</b>	Nein	Ja	Bemerkungen

Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten, z.B. Xarelto, Eliquis, Marcoumar, Heparin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	folgende:
--	--------------------------	--------------------------	-----------

<b>Allergien:</b>	Nein	Ja	Bemerkungen
Bestehen Allergien auf Bestandteile des Impfstoffes v.a. Polyethylenglycol / andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	folgende:
Bestehen Allergien, die ein Notfallset mit Epi-Pen erfordern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen Allergien, z.B. gegen Medikamente / andere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	folgende:

<b>Krankheiten:</b>	Nein	Ja	Bemerkungen
Bestand in den letzten zwei Wochen / besteht aktuell ein febriler Infekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	folgender:
Bestand in den letzten 3 Monaten eine COVID-19 Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	positiv getestet am:

<b>Vorliegen chronischer Krankheiten:</b>	Nein	Ja	Bemerkungen
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
chronische Lungen- und Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Folgende:
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adipositas (BMI $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Automatischer Datenaustausch zum elektronischen Impfausweis</b>	Nein	Ja	Bemerkungen
Einverständnis, dass die persönlichen Daten (Personalien, Indikation, Kontraindikationen, Nebenwirkungen) elektronisch weitergegeben werden. Damit ist ein automatischer Austausch zum elektronischen Impfausweis möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn «Nein» gewählt wird, werden nur die anonymisierten Daten geliefert

	Nein	Ja	Bemerkungen
Impfgespräch durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einverständniserklärung vorhanden? Wenn die Person nicht urteilsfähig ist, wird das Einverständnis bei der Vertretungsperson gemäss dem mutmasslichen Willen eingeholt (siehe unten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Abschliessende hausärztliche Beurteilung:</b>	Nein	Ja	Bemerkungen
Die Impfung wird empfohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>Angaben zur Hausärztin / zum Hausarzt:</b>	
Name Ärztin / Arzt	
Vorname	

Telefonnr.	
E-Mail	
Datum und Unterschrift Ärztin / Arzt	



Hier besteht eine Kontraindikation gegen die Impfung.



Indikation zur Impfung evtl. zuerst mit dem Spezialisten absprechen.

**Einverständniserklärung zur Durchführung der COVID-19-Impfung mit dem Impfstoff von Pfizer-BioNTec oder Moderna**

Ich bin über die SARS-COV-2-Impfung informiert (Wirkung, Nebenwirkungen, Risiken).

Ich habe dazu die schriftliche Patienteninformation erhalten.

Ich hatte die Gelegenheit mit dem Arzt / der Ärztin Fragen zu klären.

	Nein	Ja	Bemerkungen
<b>Ich möchte mich impfen lassen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Bzw. Vertretungsperson: Ich bin einverstanden, dass die Impfung durchgeführt wird:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Name + Vorname Vertretung</i>
Datum und Unterschrift Person bzw. Vertretungsperson			