

**LAUFBLATT COVID-19-ZWEIT-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                        |  |
| Mobilephone- oder Telefon-Nr. |  |
| Krankenkasse                  |  |
| Krankenkassen-Nr.             |  |
| Beruf                         |  |

**Angaben zur Institution:**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Name Institution       |  |
| Adresse Institution    |  |
| PLZ / Ort              |  |
| Telefonnr. Institution |  |

Damit das Impfteam entscheiden kann, ob die Person wirksam und ohne besondere Gefährdung die Zweit-Impfung erhalten kann, bitten wir Sie, folgende Angaben zu machen:

|  | Nein                     | Ja                       | Bemerkungen |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Ergaben sich seit der Erst-Impfung Veränderungen bezüglich Schwangerschaft, Allergien oder Immunsuppression? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | folgende:   |
| Werden seit der Erst-Impfung neu blutverdünnende Medikamente eingenommen?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | folgende:   |
| Bestand in den letzten zwei Wochen / besteht aktuell ein febriler Infekt?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | folgende:   |
| Bestand seit Erst-Impfung eine Covid-19-Erkrankung?  |                          |                          |             |

| Bestanden <b>nach der Erst-Impfung stärkere Nebenwirkungen</b> , wie folgende: | Nein                     | Ja                                  | Bemerkungen |
|--|--------------------------|-------------------------------------|-------------|
| Fieber   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |             |
| Allergische Reaktion (Atembeschwerden, Kreislaufbeschwerden, Hautausschlag)    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |             |
| Andere Kreislaufbeschwerden (instabiler Blutdruck, Schwindel)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | folgende:   |

|   |                          |                          |           |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------|
| Musste die Person im Heim länger überwacht werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |
| Andere Nebenwirkungen                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | folgende: |



Allfällige Prämedikation mit einem Antihistaminikum vor der Impfung

| <b>Automatischer Datenaustausch zum elektronischen Impfausweis</b>  | Nein                     | Ja                       | Bemerkungen   |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Einverständnis, dass die persönlichen Daten (Personalien, Indikation, Kontraindikationen, Nebenwirkungen) elektronisch weiter gegeben 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 |

| <b>Angaben zur Hausärztin / zum Hausarzt:</b> |  |
|---|--|
| Name Ärztin / Arzt                            |  |
| Vorname                                       |  |
| Telefonnr.                                    |  |
| E-Mail  |  |
| Datum und Unterschrift Ärztin / Arzt          |  |