


## Fragebogen zur Durchführung der COVID-19 Zweit-Impfung für Mitarbeitende/ Bewohnerinnen und Bewohner


Bitte ausfüllen und am Impftermin zusammen mit dem Impfbüchlein mitbringen.

Name	
Vorname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	

Damit die Ärztin oder der Arzt entscheiden kann, ob Sie heute wirksam und ohne besondere Gefährdung geimpft werden können, bitten wir Sie, folgende Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand zu machen:

	ja	nein	Bemerkungen
Haben sich gegenüber dem ersten Impftermin Veränderungen bezüglich Schwangerschaft, Stillen, Allergien oder Immunsuppression ergeben? Haben Sie neu blutverdünnende Medikamente?			
Haben Sie gerade Zeichen einer akuten Erkrankung/en (z.B. Fieber) ob geimpft werden kann, wird vor der Impfung geklärt			nämlich:
Bestand <b>seit</b> der ersten COVID-Impfung eine COVID-19 Erkrankung?			
Hatten Sie von der ersten COVID-Impfung <b>stärkere Nebenwirkungen, wie folgende:</b>			nämlich:
Fieber			
allergische Reaktion (Atembeschwerden, Kreislaufbeschwerden, Hautausschlag)			
andere Kreislaufbeschwerden (instabiler Blutdruck, Schwindel)			
mussten sie im Heim länger überwacht werden			
andere			
hatten sie starke Nebenwirkungen von der Impfung und zwischen den Impfungen eine COVID-Erkrankung durchgemacht?			

 Hier einige Tage vor der Impfung Kontakt aufnehmen mit dem impfverantwortlichen Arzt oder Hausarzt zur allfälligen Prämedikation mit einem Antihistaminikum

 Bei sehr starken Nebenwirkungen nach der ersten Impfung mit dem impfverantwortlichen Arzt oder Hausarzt eine allfällige Verschiebung der Zweitimpfung um 3-6 Monate besprechen

Ort, Datum:

Unterschrift: