

FRAGEBOGEN VOR DER COVID-19 IMPFUNG



Name und Familienname -----

Körpertemperatur*

Geburtsdatum -----

Telefonnummer / E-Mail -----

Dieser Fragebogen dient dem Arzt zur Bewertung der Umstände Ihres **Gesundheitszustandes**, die Einfluss auf Ihre geplante Impfung gegen die Erkrankung durch COVID-19 haben könnten.

Lesen Sie die Fragen bitte gründlich durch und beantworten Sie sie **wahrheitsgemäß**. Wenn Sie eine der nachstehenden Fragen mit JA beantworten, **bedeutet das nicht**, dass Sie nicht geimpft werden können. Bei Unklarheiten wenden Sie sich an den Arzt der Impfstelle, der Ihnen mit dem Ausfüllen des Fragebogens hilft.

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich in diesem Augenblick krank? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie die Erkrankung durch COVID-19 durchgemacht oder war Ihr PCR-Test positiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie irgendwann eine schwerwiegende allergische Reaktion nach dem Impfen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie an einer Blutungsstörung bzw. nehmen Sie Gerinnungshemmer (Blutverdünner) ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie irgendeine schwerwiegende Störung der Immunität? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger bzw. stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen einer anderen Impfung unterzogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich bestätige durch die Unterzeichnung dieses Fragebogens, dass ich dem Arzt **keine Informationen** über meinen gesundheitlichen Zustand **verschwiegen habe und die gewährten Informationen** zur COVID-19 Impfung, einschließlich der möglichen unerwünschten Wirkungen, **verstanden habe**.

Datum

Datum

Unterschrift der geimpften Person

Unterschrift und Stempel des Arztes

*Wird nur vermerkt, wenn diese auf der Impfstelle gemessen wird.