

Covid-19 Impfung Moderna

Name _____

Geburtsdatum _____

Vor der Durchführung der Impfung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Haben Sie aktuell Fieber, fühlen sich krank oder haben z.B. Halsschmerzen, Husten, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Geschmacks-/Geruchssinnveränderungen? Ja Nein

Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Monaten COVID-19 diagnostiziert? Ja Nein

Haben Sie je eine schwere allergische Reaktion entwickelt, die notfallmässig behandelt werden musste? Ja Nein

Gab es in der Vergangenheit wiederholte schwere, allergische Reaktionen auf verschiedene, nicht untereinander verwandte Arzneimittel einschliesslich über den Mund eingenommene Abführmittel, welche Polyethylenglykol (PEG, Macrogol) oder Tromethamin (TRIS, Trometamol) enthalten? Ja Nein

Wenn ja, was war der Auslöser? _____

Haben Sie in den letzten zwei Wochen eine Impfung bekommen? Ja Nein

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen (z.B. Kortison)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bringen Sie bitte eine Liste der Medikamente mit, die Sie einnehmen.

Für Frauen

Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten? Ja Nein

Stillen Sie zur Zeit? Ja Nein

Schriftliche Einwilligung

Ich habe den Inhalt des [kantonalen Merkblatts zur COVID-19 Impfung](#) zur Kenntnis genommen und bin ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich willige in die vorgesehene Impfung gegen COVID-19 ein.

Ort, Datum

Unterschrift

(ggf. gesetzlicher Vertreter)