

ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID 19 (Corona Virus Disease 2019)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname):

Geburtsdatum: _____

Anschrift:

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber ja nein
2. Haben Sie¹ bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten? ja nein
- Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: _____ Impfstoff _____
- Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt? ja nein

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis/Impfnachweis zum Impftermin mit.)

3. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z.B. durch Chemotherapie, Immunsupprimierende Therapie oder anderen Medikamenten) ja nein
4. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein ja nein
5. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt? ja nein

Wenn ja welche: _____

6. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf ja nein
7. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie¹? ja nein
8. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden ja nein

1 Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet



Dr. med. Rainer Beneke Facharzt für Allgemeinmedizin
Dr. med. Saskia Mährlein Fachärztin für Innere Medizin
Yvonne Heby Fachärztin für Innere Medizin
Alte Bahnhofstraße 10/3, 77933 Lahr
Tel.: 07821/ 38188, Fax: 07821/ 32480