

ANAMNESE Schutzimpfung für die jährliche Auffrischimpfung

gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff Comirnaty/Omicron JN.1®
sowie Influenza <60J Impfstoff Vaxigripp Tetra 2024/25, > 60 J ggf. Hochdosisimpfstoff Efluelda Tetra 2024/25

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum _____

Ich möchte eine Auffrischimpfung gegen:

Influenza

Covid-19

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

3. Waren Sie im letzten Jahr an Covid-19 erkrankt oder dagegen geimpft?

ja: dann entfällt die jährliche Auffrischimpfung

nein

4. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche

(z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja

nein

Wenn ja, welche _____

5. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

6. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?

ja

nein

Wenn ja, welche _____

7. Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

Wenn ja, welche _____

8. Sind Sie schwanger? Für Schwangere wird die jährliche Influenzaimpfung empfohlen. In Bezug auf Covid-19 sollte der Basisschutz bestehen (3 Impfungen oder Erkrankungen)

9. Sind Sie unter 60 Jahren, dann Impfen wir sie gerne falls sie:

Im medizinischen Bereich arbeiten erkrankte Personen pflegen in Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten in Bereichen mit viel Publikumsverkehr arbeiten

Ohne Impfausweis oder anderen Impfnachweis ist keine Impfung möglich!

Einwilligungserklärung:

Unterschrift der zu impfenden, sorgeberechtigten, vorsorgeberechtigten, betreuenden Person

Ort und Datum