

Zweitimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Impfreaktionen nach 1. Impfung / Änderungen Anamnese | Stand: 22. Januar 2021

Name, Vorname der zu impfenden Person:
(bitte in Druckbuchstaben) _____

Geburtsdatum: _____

Traten nach der ersten COVID-19 Impfung Nebenwirkungen auf?

1. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung eine erhöhte Temperatur (bis 38 °C)? ja nein

2. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Fieber (mehr als 38 °C)? ja nein

3. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Schüttelfrost? ja nein

4. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung systemische Muskelschmerzen? ja nein

5. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Gliederschmerzen? ja nein

6. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Kopfschmerzen? ja nein

7. Trat bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung ein Erschöpfungsgefühl auf? ja nein

8. Trat bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung ein allgemeines Krankheitsgefühl auf? ja nein

9. Traten bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung neurologische Symptome auf
(z. B. Sensibilitätsstörungen oder Lähmungen)? ja nein

10. Traten bei Ihnen andere Symptome auf, die eventuell mit der vorangegangenen Impfung im
Zusammenhang stehen könnten? (max. 280 Zeichen)

Hat sich seit der ersten Impfung eine Änderung in der Anamnese ergeben? (neue / geänderte Medikamenteneinnahme, Schwangerschaft usw.)

nein ja, welche? _____

Datum, Unterschrift der zu impfenden Person
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Stempel des impfenden Arztes: