

ANAMNESE

--- Zweitimpfung ---



Schutzimpfung gegen COVID-19

mit Vector-Impfstoff

(Vaxzevria[®] von AstraZeneca und Janssen[®] von Johnson & Johnson)

Stand: 07.04.2021

Erstellt durch das Impfzentrum Stadt Emden

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung?

Ja Nein

2. Wann haben Sie Ihre erste Impfung gegen COVID-19 erhalten?

Datum: _____ Impfstoff: _____

3. Wurde bei Ihnen zwischen dem heutigen Tag und Ihrer ersten COVID-19-Schutzimpfung eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher festgestellt?

Ja Nein

4. Hatten Sie bei Ihrer ersten Impfung allergische Reaktionen?

Ja Nein

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

Ja Nein

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

Ja Nein

Ich willige meiner geplanten Zweitimpfung ein und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

Weitere Anmerkungen der Ärztin / des Arztes (ggf. medizinische Notwendigkeit des Impfstoffwechsels)

Die Person lehnt die Zweitimpfung mit dem geplanten Impfstoff ohne medizinischen Grund ab.

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu impfenden Person

bzw. Unterschrift der gesetzlichen Vertretungsperson
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)

Unterschrift der Ärztin / des Arztes