# ANAMNESE

**Schutzimpfung gegen**

**COVID-19** (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff

Stand: 02. Februar 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor: [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html)

**Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) :** $Nachname#, $Vorname#

**Geburtsdatum:** $Gebdatum#

**Anschrift:** $Straße#, $PLZ# $Ort#

1. **Besteht bei Ihnen1 derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?**

ja nein

1. **Falls Sie1 bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie1 danach eine allergische Reaktion entwickelt?**

ja nein

1. **Leiden Sie1 unter chronischen Erkrankungen oder Immunschwäche?**

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

ja nein

wenn ja, welche

1. **Leiden Sie1 an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?**  ja nein
2. **Ist bei Ihnen1 eine Allergie bekannt?**

ja nein

wenn ja, welche

1. **Traten bei Ihnen1 nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?**

ja nein

wenn ja, welche

1. **Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie1?**

ja nein

1. **Sind Sie1 in den letzten 14 Tagen geimpft worden?**

ja nein

1. **Haben Sie1 bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?**

ja nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: Impfstoff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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