

Zweitimpfung **Drittimpfung**

gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Impfreaktionen nach 1./2. Impfung

Name, Vorname der zu impfenden Person: _____

Geburtsdatum: _____

Traten nach der ersten/zweiten 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?

Hat sich seit der ersten/zweiten 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