

# 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)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Fieber (mehr als 38 °C)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Schüttelfrost?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung systemische Muskelschmerzen?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Gliederschmerzen?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Hatten Sie nach der vorangegangenen Impfung Kopfschmerzen?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Traten bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung ein Erschöpfungsgefühl auf?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Traten bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung ein allgemeines Krankheitsgefühl auf?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Traten bei Ihnen nach der vorangegangenen Impfung neurologische Symptome auf (z.B. Sensibilitätsstörungen oder Lähmungen)?              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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: