

ANAMNESE

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Grundimmunisierung mit Valneva)

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?
 ja nein

2. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?
 ja nein

3. Wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft?
 ja nein

Datum: _____ Impfstoff: _____

4. Falls Sie bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie danach eine allergische Reaktion entwickelt?
 ja nein
Wenn ja, welche _____

5. Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus sicher nachgewiesen (PCR-Test oder Antikörpertest vor Impfung)?
 ja nein
PCR-Test vom: _____

6. Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche?
 ja nein
Wenn ja, welche _____

7. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
 ja nein

8. Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?
 ja nein
Wenn ja, welche _____

9. Traten bei Ihnen nach einer früheren, anderen Impfung allergische Reaktionen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?
 ja nein
Wenn ja, welche _____

10. Sind Sie schwanger?
 ja nein
SSW: _____

Einverständniserklärung

Name des Impflings: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Durchführung der Impfung zum Schutz vor Covid-19 mit dem Impfstoff von **Valneva**.

Ich bin durch einen Arzt / eine Ärztin im Gespräch

und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblatts

über die Impfung aufgeklärt worden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die Impfung mit Valneva ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Zusätzliche Vermerke:

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Impflings

Unterschrift des Arztes