



## Laufblatt und Kundeninformation zur COVID-19-Impfung

Bitte füllen Sie dieses Formular, kurz vor Ihrem Besuch aus und lesen Sie die untenstehenden Informationen aufmerksam durch.

Vorname		Pass- oder ID Nr.	
Nachname		E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum		Telefonnummer	

Bitte ankreuzen:

1. Impfung     2. Impfung

### Fragen zu Vorsichtsmassnahmen

Haben Sie aktuell Fieber, fühlen sich krank oder haben: z.B. Halsschmerzen, Husten, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Geschmacks-/Geruchssinnveränderungen?  JA     NEIN

*Wenn Ja: Bitte machen Sie einen COVID-19 Test und buchen Sie zu einem späteren Zeitpunkt einen Impftermin.*

Wurde bei Ihnen in den letzten 90 Tagen COVID-19 diagnostiziert?  JA     NEIN  
*Wenn Ja: Bitte buchen Sie einen Impftermin frühestens 90 Tage nach Ihrer Infektion.*

Haben Sie Allergien (z. Bsp. auf Medikamente, frühere Impfungen, Nahrungsmittel)?  JA     NEIN  
*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Sind bei früheren Impfungen Probleme aufgetreten?  JA     NEIN  
*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten zwei Wochen eine Impfung bekommen?  JA     NEIN

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?  JA     NEIN  
*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Mittel zur Gerinnungshemmung («Blutverdünnung») ein?  JA     NEIN  
*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen (z.B. Kortison)?  JA     NEIN  
*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_

*Bitte bringen Sie eine Liste der Medikamente mit, die Sie einnehmen*

### Für Frauen

Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten?  JA     NEIN  
*Eine Schwangerschaft soll für den Zeitraum bis 2 Monate nach Abschluss der COVID-19 Impfung vermieden werden.*

Stillen Sie?  JA     NEIN

## Informationen und Einverständniserklärung

1. Der Schutz durch die Impfung gegen COVID-19 ersetzt nicht die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen.
2. COVID-19-Impfungen werden wie die Grippeimpfung in den Oberarmmuskel (Deltamuskel) verabreicht. Um einen ausreichenden Schutz zu erreichen, sind 2 Dosen in einem Abstand von 4 Wochen nötig (Mindestabstand 21-28 Tage).
3. Allergische Reaktionen auf Impfungen oder Zusatzstoffe sind sehr selten und treten meist kurze Zeit nach der Impfung auf. Deshalb bleiben Sie nach der Impfung noch 15 Minuten bei uns im Ruheraum. Dort können wir Sie bei Bedarf medizinisch kompetent betreuen. Bei Unwohlsein oder Fragen, wenden Sie sich bitte an unseren Medical Supervisor (trägt eine rote Jacke).
4. Sollten bei Ihnen später noch Symptome auftreten, die Sie auf die Impfung zurückführen, und die Sie als bedrohlich erleben oder nicht einordnen können, kontaktieren Sie Ihren Hausarzt oder eine notfallmedizinische Stelle. Bei schweren Symptomen mit Atemnot kontaktieren Sie 144.
5. Zu den normalen Reaktionen nach der COVID-Impfung, die bei einem Teil der geimpften Personen auftreten, gehören: Schmerzen an der Impfstelle, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Muskel- oder Gelenkschmerzen, Schüttelfrost und / oder Fieber. Die Symptome sind meist mild und nach 1-3 Tagen vorüber. Zur Linderung können Sie das Schmerzmedikament Paracetamol einnehmen.

## Einwilligung

Ja, ich habe das Faktenblatt «COVID-19 Impfung» und die obenstehenden Informationen zu möglichen Nebenwirkungen gelesen. Ich hatte die Gelegenheit, bestehende Fragen mit dem Arzt / der Ärztin zu klären. Ich willige ein, dass meine Daten elektronisch erfasst und anonymisiert zu statistischen Zwecken ausgewertet werden dürfen. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die COVID-19 Impfung ein.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Impfdokumentation (wird durch Impfzentrum ausgefüllt)	Kürzel	Datum
<b>Ärztliche Verordnung</b> Verordnung Impfstoff  <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> off-label use (Aufklärung erfolgt) Beobachtungszeit <input type="checkbox"/> 15 min. <input type="checkbox"/> 30 min. Vorsichtsmassnahmen <input type="checkbox"/> 2 Min. Kompression, dünne Nadel (25 G), langsame Injektion <input type="checkbox"/> Andere _____		
<b>Dokumentation Pflege / MPA</b> <input type="checkbox"/> Impfdokumentation elektronisch erfasst <input type="checkbox"/> Keine Impfdokumentation. Grund:		
<b>Patientenmanagement</b> <input type="checkbox"/> 2. Termin vereinbart <input type="checkbox"/> Impfdokumentation abgegeben		