



Laufblatt und Kundeninformation zur COVID-19-Impfung

Bitte füllen Sie dieses Formular kurz vor Ihrem Besuch aus.

Vorname	
Geburtsdatum	
Datum (heute)	

Familienname	
VacMe Code (6-stellig)	

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 der Vergangenheit COVID-19 diagnostiziert?

JA NEIN

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? _____

Nehmen Sie Mittel zur Gerinnungshemmung («Blutverdünnung») ein oder besteht eine Erkrankung, die zu einer erhöhten Blutungsneigung führt?

JA NEIN

Wenn Ja, welche? _____

Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten?

JA NEIN