

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	
Nachname	
Geburtsdatum	
Pass- oder ID Nr.	
E-Mail-Adresse	
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?

Wenn Ja: Bitte buchen Sie einen Impftermin frühestens 90 Tage nach Ihrer Infektion. JA NEIN

Haben Sie Allergien (z. Bsp. auf Medikamente, frühere Impfungen, Nahrungsmittel)? JA NEIN

Wenn Ja, welche? _____

Sind bei früheren Impfungen Probleme aufgetreten?

Wenn Ja, welche? _____ JA NEIN

Haben Sie in den letzten 7 Tage 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.
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
Ärztliche Verordnung Verordnung Impfstoff <input type="checkbox"/> _____ 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 _____		
Dokumentation Pflege / MPA <input type="checkbox"/> Impfdokumentation elektronisch erfasst <input type="checkbox"/> Keine Impfdokumentation. Grund: _____		
Patientenmanagement <input type="checkbox"/> 2. Termin vereinbart <input type="checkbox"/> Impfdokumentation abgegeben		