

## Apotheke Simplon Center - Covid-19 Impfung – Vorbereitung

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und bringen Sie es zum Impftermin mit.

ACHTUNG: Bitte füllen Sie Ihrem Namen genau wie auf ihrer Identitätskarte aus.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

---

**Die Impfung wurde vom Arzt empfohlen.**

**Hatten Sie bereits eine bestätigte Covid-19 Erkrankung?** Wenn ja, wann war das? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Medikamentenallergien bekannt?** Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### **Welche der folgenden Kriterien treffen auf Sie zu?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Fieber / fieberhafte Erkrankung (letzte 48h vor dem Termin) | <input type="checkbox"/> |
| Bekannte Allergien bzw. heftige Reaktionen auf Impfstoffe   | <input type="checkbox"/> |
| Laufende Krebstherapie                                      | <input type="checkbox"/> |
| Schwangerschaft, Stillzeit                                  | <input type="checkbox"/> |
| Immunsuppression, Immunschwächekrankheit                    | <input type="checkbox"/> |
| Blutverdünnung, Blutgerinnungsstörung                       | <input type="checkbox"/> |

*Falls eines dieser Kriterien zutrifft, melden Sie sich bitte telefonisch in der Apotheke zur Abklärung ob die Impfung durchgeführt werden kann. (027 923 91 91)*

### **Mit den folgenden Nebenwirkungen müssen Sie rechnen:**

Schmerzen an der Injektionsstelle: > 80%

Müdigkeit: > 60%

Kopfschmerzen: > 50%

Muskel-/Gelenkschmerzen, Schüttelfrost: 20-60% Fieber, Schwellung an der Einstichstelle: ca. 10 %

Die Nebenwirkungen sind meist mild bis moderat und von kurzer Dauer (wenige Tage).

**Ich möchte das Covid-Zertifikat erhalten.**

Ort, Datum .....

Unterschrift Patient.....