

Impfstoff BNT162b2 (Comirnaty®, Biontech/Pfizer)
Impfstoff mRNA-1273 (COVID-19 Vaccine Moderna®, Moderna)

Persönliches Impfdatenblatt für COVID-19 (SARS-CoV-2)

Durch die zu impfende Person auszufüllen

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ

Ort

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Handy Nr.

Bekommen Sie die 1., 2. oder 3. Dosis des Impfstoffs gegen COVID-19?

1. 2. 3.

Booster Impfung

Weitere Auffrischimpfung für Personen >80J

JA

NEIN

1. Wurden Sie über die Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt?

2. Haben Sie aktuell Erkältungssymptome (Fieber, verminderter Allgemeinzustand, Halsschmerzen, Husten, Gliederschmerzen) oder Geschmacks-/Geruchssinnveränderungen?

3. Sind Sie anfällig auf schwere Allergien? Wenn ja welche? _____

4. Sind sie allergisch auf Polyethylenglykol?

5. Haben Sie in der Vergangenheit starke allergische Reaktionen auf Medikamente oder Impfungen gezeigt? Wenn ja welche? _____

6. Nehmen sie gerinnungshemmende Medikamente ("Blutverdünnung") oder besteht eine Blutgerinnungsstörung?

7. Welche Erkrankungen/Therapien treffen auf Sie zu (mehrere möglich)?

Diabetes

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen

Chronische Nierenerkrankung

Bluthochdruck

Chronische Atemwegserkrankung

Krebs

Starkes Übergewicht (Adipositas, BMI > 35)

Lebererkrankung

Trisomie 21

Bestehen andere medizinische Probleme? Wenn ja welche? _____

8. Waren Sie bereits an Covid-19 erkrankt?

Falls ja, wann? (Datum Ende Isolation) _____

9. Sind Sie (möglicherweise) schwanger? (SS-Woche: _____)

10. Stillen Sie aktuell?

11. Arbeiten Sie im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt?

12. Leben Sie mit einer Person im selben Haushalt, welche für einen schweren Verlauf besonders gefährdet ist?

13. Leben Sie mit einer der folgenden Gemeinschaftseinrichtungen für Erwachsene: Heim oder Einrichtung für Menschen mit Behinderungen, psychosomatische oder psychiatrische Klinik, Asylunterkunft, Obdachlosenunterkunft oder Freiheitsentzugsanstalt oder Ähnliches?

Hinweise für die Meldung von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen bei geimpften Personen

Wenn Sie nach der Impfung gegen COVID-19 **eines der untenstehenden Symptome** bemerken, könnte dies eine mögliche Nebenwirkung der Impfung gegen COVID-19 sein.

Bitte melden Sie sich zur Erfassung dieser möglichen Nebenwirkungen an folgende Stellen:

- während der Bürozeiten (montags bis freitags, 08.00–17.00 Uhr):
Sekretariat Infektiologie, Tel. 041 208 32 54
- ausserhalb der Bürozeiten (sowie an Sonn- und Feiertagen):
bei schweren Nebenwirkungen Vorstellung auf der Notfallstation

Nach einer ersten Evaluation entscheidet sich, ob es sich um eine Nebenwirkung oder eher um Beschwerden anderer Ursache handelt. Bei Feststellung einer möglichen Nebenwirkung wird dies anonym an die Swissmedic weitergeleitet. Bitte füllen Sie anschliessend den untenstehenden Fragebogen aus und senden ihn an folgende E-Mail-Adresse: team.hygiene@hirslanden.ch.

Name

Vorname

Adresse

Telefon

Symptom / Nebenwirkung	JA	NEIN	Bemerkung / Beschreibung
Anaphylaxie (allergischer Schock)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergische Reaktion (z.B. Ausschlag, Nesselsucht, Atemnot, Gesichtsschwellung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parästhesien (Kribbeln, Jucken, Taubheitsgefühl, Störung der Wärme-/Kälteempfindung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fieber > 38.0°C an mehr als 3 Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	