

# ANAMNESE

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit mRNA-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und Spikevax®, ehemals COVID-19 Vaccine Moderna® von Moderna)

Stand: 2. Juli 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:  
[www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  
 ja  nein
2. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?  
 ja  nein
3. Haben Sie<sup>1</sup> bereits eine Impfung gegen COVID-19 erhalten?  
 ja  nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff? Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_  
(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. Falls Sie<sup>1</sup> bereits die 1. COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?  
 ja  nein
5. Wurde bei Ihnen<sup>1</sup> in der Vergangenheit eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen? (Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 6 Monate nach Genesung bzw. Diagnosestellung durchzuführen.)  
 ja  nein

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

6. Haben Sie<sup>1</sup> chronische Erkrankungen oder leiden Sie<sup>1</sup> an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?  
 ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

7. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  
 ja  nein
8. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?  
 ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

9. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?  
 ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

10. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?  
 ja  nein