

Corona-Zweitimpfungs-Fragebogen

Bitte zum Zweitimpftermin (zusammen mit der Erst-Impfbescheinigung und einem Lichtbildausweis) bereithalten



MAIN-KINZIG-KREIS

Name, Vorname		Geb.-Datum*	
Anschrift		PLZ*	Tel. *

Erstimpfung am:	Ort der Erstimpfung:	Impfstoff:	geplante Zweitimpfung am:
-----------------	----------------------	------------	---------------------------

Zunächst vielen Dank, dass Sie sich haben impfen lassen. Sie helfen damit, Andere und sich selbst zu schützen. Wir wünschen Ihnen, dass Sie die Impfung gut vertragen. Wie bereits im Aufklärungsmerkblatt beschrieben, sind leichte Impfreaktionen nicht ungewöhnlich; sie können oft als Zeichen dafür gewertet werden, dass Ihr Körper mit dem Aufbau von Abwehrstoffen beginnt, die sich künftig gegen das Corona-Virus richten sollen.

Sie können Symptome, die Sie mit der Impfung in Zusammenhang bringen, gerne hier auf dem Laufzettel eintragen, damit wir einen möglichst breiten Überblick über deren Häufigkeiten erhalten. Diese Angaben sind freiwillig.

Symptom	wie schwer? (+/++/+++)	wann zuerst aufgetreten?	Andere Ursache denkbar?	ärztlich behandelt?	
Schmerzen an Injektionsstelle			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Unabhängig vom Eintrag in diesen Laufzettel können Sie vermutete Nebenwirkungen jederzeit auch direkt beim Paul-Ehrlich-Institut, dem Bundesamt für Sera und Impfstoffe (https://nebenwirkungen.bund.de), melden. Dies ist ebenfalls über eine App möglich, die je nach Betriebssystem mit einem der folgenden QR-Codes downloadbar sind:
Rötung an Injektionsstelle			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schwellung an Injektionsstelle			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Juckreiz an Injektionsstelle			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergische Reaktion			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schüttelfrost / Fieber			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kopfschmerzen			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Muskelschmerzen			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gelenkschmerzen			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Muskelschwäche / Lähmung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Übelkeit			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Unwohlsein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Müdigkeit			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schlaflosigkeit			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



Gemäß §22 Infektionsschutzgesetz (IfSG) weisen wir darauf hin, dass bei ungewöhnlichen Impfreaktionen die Hausärztin/der Hausarzt benachrichtigt werden sollte. Sie/er ist, falls der Verdacht einer gesundheitlichen Schädigung besteht, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgeht, verpflichtet, diesen dem zuständigen Gesundheitsamt namentlich zu melden (§6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG). Im Falle eines Impfschadens kann Anspruch auf Entschädigung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes bestehen (§60 Abs. 1 IfSG).

Bitte diesen Abschnitt am Tag der Zweitimpfung ausfüllen:

- Ich fühle mich gesund und frei von fieberhaften Infektionskrankheiten und möchte heute geimpft werden.
- Bei mir wurde vor nach der Erstimpfung (am _____) eine COVID-19-Infektion festgestellt*
* Patienten, bei es nach der Erstimpfung zu einer Corona-Infektion gekommen ist, wird derzeit (Stand 10. Januar 2021) von einer schnellen Zweitimpfung abgeraten, weil es zu stärkeren Impfreaktionen kommen kann. Die Daten- und Erfahrungslage zur Impfung bei ehemaligen COVID-Patienten wächst jedoch ständig. Deshalb empfehlen wir erstgeimpften ehemaligen COVID-Patienten ein Gespräch mit der Impfärztin oder dem Impfarzt, um Sie über aktuelle Erkenntnisse informieren und den Termin ggf. verschieben zu können.
- Ich möchte vor der Impfung nochmals impfärztlich beraten werden.
- Ich benötige kein weiteres ärztliches Beratungsgespräch.

Ort, Datum

Unterschrift