

Bitte ankreuzen:

1. Impfung

2. Impfung

1. Persönliche Daten

Nachname..... Vorname

Strasse..... PLZ..... Ort

Geburtsdatum Telefonnummer

Emailadresse ID-/Passnummer

Registrierungscode Vacme:..... Datum 2. Impfung.....

2. Anamnese

Temporäre Ausschlusskriterien (Wenn «Ja» ist die Impfung zu verschieben) Ja Nein

Fühlen Sie sich krank oder haben Sie Symptome wie Halsschmerzen, Gliederschmerzen,
Husten, Kopfschmerzen oder Geschmacksverlust?

Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?

Wurde bei Ihnen in den letzten 180 Tagen (6 Monaten) Covid-19 diagnostiziert?
(Wenn ja, buchen Sie bitte einen neuen Impftermin frühestens 180 Tage nach Ihrer Infektion.
Dies ist für eine ausreichende Impfantwort notwendig)

Ausschlusskriterien

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage mit * besteht ein besonderes Impfrisiko und eine ärztliche Abklärung ist empfohlen. Ja Nein

Sind Sie allergisch auf Ja Nein

- Medikamente, Nahrungsmittel?
- einen Bestandteil einer früher verabreichten Impfung? *

Hatten Sie jemals schwere Nebenwirkungen während oder nach einer Impfung? *

Haben Sie in den letzten 7 Tagen eine Impfung erhalten?

Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit? *

Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z.B. vererbt)?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

Nehmen Sie regelmässig Ja Nein

- einen Blutgerinnungshemmer (ausser Aspirin)?
- Kortison (mehr als 20mg/Tag, resp. Prednison oder äquivalent)? *
- ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt? *
- andere Medikamente, wenn ja, welche?

Sind Sie jemals bei einer Impfung oder Blutentnahme in Ohnmacht gefallen oder ist Ihnen
übel geworden?

Nur für Frauen:

Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? *

Stillen Sie?

Wenn ja: Ist ein ärztliches Attest vorhanden, welches Ihnen die Covid-19 Impfung erlaubt?

3. Einverständnis der Kundin/des Kunden

- Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit der behandelnden Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich willige ein, dass meine Daten elektronisch erfasst und anonymisiert zu statistischen Zwecken ausgewertet werden dürfen. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung dieser Impfung einverstanden.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind. Weiter erkläre ich mich Einverstanden, nach der Impfung 15 Minuten unter Aufsicht in der Apotheke zu warten und mich anschliessend bei der Administration abzumelden.

Zürich, Datum:

Unterschrift des Kunden

4. Information und Einverständniserklärung :

- Der Schutz durch die Covid-19 Impfung ersetzt nicht die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen.
- Covid-19 Impfungen werden in den Oberarmmuskel verabreicht. Um einen ausreichenden Schutz zu erreichen, sind bei den bisher verfügbaren Impfstoffen 2 Dosen nötig.
- Zu den normalen Reaktionen nach Covid-Impfungen, die bei einem Teil der geimpften Personen auftreten, gehören Reaktionen an der Injektionsstelle wie Schmerz, Rötung, Juckreiz. Reaktionen, die den ganzen Körper betreffen wie Muskel- oder Gelenkschmerzen, Schüttelfrost, Fieber, Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen sind meist mild und dauern selten länger als 1-3 Tage an.
- 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 in unserer Serviceabteilung, wo wir Sie bei Bedarf kompetent medizinisch betreuen können.
- Sollten bei Ihnen später noch Symptome auftreten, die Sie auf die Impfung zurückführen, und Sie als bedrohlich erleben oder nicht einschätzen können, kontaktieren Sie Ihren Hausarzt oder eine notfallmedizinische Stelle. Bei schweren Symptomen mit Atemnot kontaktieren Sie 144.

Von der Fachperson auszufüllen

5. Angaben zum Impfstoff

Die Covid-19 Impfung wurde durchgeführt

- linker Arm rechter Arm
- Eintrag im Impfausweis, inklusive Chargennummer des Impfstoffs
- Kein Eintrag in Impfausweis/-dossier gewünscht

Name Impfstoff: Moderna Covid-19 Vaccine Anderer Impfstoff

Chargennummer Impfstoff:

Bemerkungen zur Impfung:

Vorsichtsmassnahmen:

- 2 Minuten Kompression, dünne Nadel (25G), langsame Injektion
- Andere

Die Covid-19 Impfung wurde nicht durchgeführt, weil

- Unwohlsein des Kunden
- Besonderes Impfrisiko, siehe unter Punkt 2. Ausschlusskriterien

Zürich, Datum:

Unterschrift der Fachperson.....

Dieses Dokument muss mindestens 20 Jahre oder gemäss kantonalen Vorschriften aufbewahrt werden.