

## Covid-19-Impfung (Moderna Impfstoff)

Bitte in Blockschrift ausfüllen

|              |   |              |  |
|--------------|---|--------------|--|
| Familienname |   | Vorname      |  |
| Geschlecht   | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum |  |
| Strasse/Nr.  |   | PLZ/Wohnort  |  |

### Sie können sich im Moment nicht impfen lassen, wenn Sie

- zur Zeit Erkältungssymptome und Fieber haben.
- in Isolation oder in Quarantäne sind.
- vor weniger als 3 Monaten an Covid erkrankt waren.
- schwanger sind.

Verschieben Sie in diesen Fällen die Impfung auf später!

### Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Haben Sie aktuell Erkältungssymptome oder Fieber?  | Ja | Nein |
| 2. Wurde bei Ihnen in den letzten 90 Tagen Covid-19 diagnostiziert?                                     | Ja | Nein |
| 3. Haben Sie bereits eine Covid-19-Impfung gemacht?   | Ja | Nein |
| 4. Nehmen Sie Mittel zur Gerinnungshemmung («Blutverdünnung») ein?                                      | Ja | Nein |
| 5. Haben Sie in der Vergangenheit starke allergische Reaktionen auf Medikamente oder Impfungen gezeigt? | Ja | Nein |
| 6. Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten?                    | Ja | Nein |
| 7. Stillen Sie aktuell?   | Ja | Nein |
| 8. Haben Sie noch Fragen?   | Ja | Nein |

### Hiermit bestätige ich, folgendes:

- Ich habe die «Allgemeinen Informationen zur Covid-19-Impfung» gelesen und verstanden und hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen.
- Obenstehende Angaben wurden wahrheitsgemäss ausgefüllt.
- Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Informationen zwecks Abrechnung dem Kanton gemeldet werden und anonymisierte Informationen zur statistischen Auswertung ans BAG gemeldet werden.
- Ich möchte mich gegen Covid-19 impfen lassen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

### Wird durch Medvadis ausgefüllt:

Impfstelle  
 liOA  reOA  Andere Impfstelle: \_\_\_\_\_

Chargen-Nr. \_\_\_\_\_ Datum Impfgespräch/Impfung: \_\_\_\_\_

Visum Arzt/Med. Personal: \_\_\_\_\_