

# ANAMNESE

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) mit Vektor-Impfstoff

(Vaxzevria<sup>®</sup>, ehemals COVID-19 Vaccine AstraZeneca von AstraZeneca  
und COVID-19 Vaccine Janssen<sup>®</sup> von Johnson & Johnson)

Stand: 01. April 2021

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

3. 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

4. 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 frühestens 6 Monate nach Genesung bzw. Diagnosestellung durchzuführen.)

ja

nein

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

5. 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 \_\_\_\_\_

6. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

7. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

ja

nein

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

8. 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 \_\_\_\_\_

9. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie<sup>1</sup>?

ja

nein

10. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

<sup>1</sup> ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet