

## Laufblatt und Kundeninformation zur COVID-19-Impfung

Bitte füllen Sie dieses Formular, kurz vor Ihrem Besuch aus und lesen Sie die untenstehenden Informationen aufmerksam durch.

Vorname		Pass- oder ID Nr.	
Nachname		E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum		Telefonnummer	

Bitte ankreuzen:

1. Impfung     2. Impfung

### Fragen zu Vorsichtsmassnahmen

Haben Sie aktuell Fieber, fühlen sich krank oder haben: z.B. Halsschmerzen, Husten, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Geschmacks-/Geruchssinnveränderungen?  JA     NEIN

*Wenn Ja: Bitte machen Sie einen COVID-19 Test und buchen Sie zu einem späteren Zeitpunkt einen Impftermin.*

Wurde bei Ihnen in den letzten 180 Tagen COVID-19 diagnostiziert?

*Wenn Ja: Bitte buchen Sie einen neuen Impftermin frühestens 180 Tage nach Ihrer Infektion. Sie benötigen in diesem Fall nur noch 1 Impfung.*  JA     NEIN

Haben Sie Allergien (z. Bsp. auf Medikamente, frühere Impfungen, Nahrungsmittel)?  JA     NEIN

*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_

Sind bei früheren Impfungen Probleme aufgetreten?

*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_  JA     NEIN

Haben Sie in den letzten 7 Tage eine Impfung bekommen?  JA     NEIN

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_  JA     NEIN

Nehmen Sie Mittel zur Gerinnungshemmung («Blutverdünnung») ein?

*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_  JA     NEIN

Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen (z.B. Kortison)?  JA     NEIN

*Wenn Ja, welche?* \_\_\_\_\_

*Bitte bringen Sie eine Liste der Medikamente mit, die Sie einnehmen*

### Für Frauen

Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten?  JA     NEIN

Stillen Sie?  JA     NEIN

Ist ein ärztliches Attest vorhanden, welches Ihnen die Covid-19 Impfung erlaubt?  JA     NEIN

## Informationen und Einverständniserklärung

1. Der Schutz durch die Impfung gegen COVID-19 ersetzt nicht die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen.
2. COVID-19-Impfungen werden wie die Grippeimpfung in den Oberarmmuskel (Deltamuskel) verabreicht. Um einen ausreichenden Schutz zu erreichen, sind bei den bisher verfügbaren Impfstoffen 2 Dosen nötig.
3. 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 bei uns in der Ruhezone. Dort können wir Sie bei Bedarf medizinisch kompetent betreuen. Bei Unwohlsein oder Fragen, wenden Sie sich bitte an die betreuenden MitarbeiterInnen.
4. Sollten bei Ihnen später noch Symptome auftreten, die Sie auf die Impfung zurückführen, und die Sie als bedrohlich erleben oder nicht einordnen können, kontaktieren Sie Ihren Hausarzt oder eine notfallmedizinische Stelle. Bei schweren Symptomen mit Atemnot kontaktieren Sie 144.
5. Zu den normalen Reaktionen nach der COVID-Impfung, die bei einem Teil der geimpften Personen auftreten, gehören: Schmerzen an der Impfstelle, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Muskel- oder Gelenkschmerzen, Schüttelfrost und/oder Fieber. Die Symptome sind meist mild und nach 1-3 Tagen vorüber. Zur Linderung können Sie das Schmerzmedikament Paracetamol einnehmen.

## Einwilligung

Ja, ich habe die obenstehenden Informationen zu möglichen Nebenwirkungen gelesen. Ich hatte die Gelegenheit, bestehende Fragen mit der Apothekerin / dem Apotheker zu klären. Ich willige ein, dass meine Daten elektronisch erfasst und anonymisiert zu statistischen Zwecken ausgewertet werden dürfen. Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die COVID-19 Impfung ein.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Apotheke \_\_\_\_\_

Impfdokumentation (wird durch Impfzentrum ausgefüllt)	Kürzel	Datum
Impfstoff <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> LINKER ARM <input type="checkbox"/> RECHTER ARM Beobachtungszeit <input type="checkbox"/> 15 min <input type="checkbox"/> 30 min Vorsichtsmassnahmen <input type="checkbox"/> 2 min Kompression, dünne Nadel (25 G), langsame Injektion <input type="checkbox"/> Andere _____		
<b>Dokumentation</b> <input type="checkbox"/> Impfdokumentation elektronisch erfasst (Charge, NW, etc.) <input type="checkbox"/> Keine Impfdokumentation. Grund:		
<b>Patientenmanagement</b> <input type="checkbox"/> 2. Termin vereinbart <input type="checkbox"/> Impfdokumentation abgegeben		