

Laufblatt und Kundeninformation zur COVID-19-Impfung

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	

Bitte ankreuzen: 1. Impfung 2. Impfung 1. Boosterimpfung 2. Boosterimpfung 3. Boosterimpfung
 PFIZER BIVALENT (Comirnaty®) **MODERNA BIVALENT** (Spikevax®)

Fragen zu Vorsichtsmassnahmen		
Fühlen Sie sich heute krank?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wurde bei Ihnen COVID-19 bereits diagnostiziert? Wenn JA Wann? _____	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten Sie jemals schwere Probleme nach einer Impfung?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie Allergien (z. Bsp. auf Medikamente, frühere Impfungen, Nahrungsmittel)? Wenn Ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? Wenn Ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Besteht bei Ihnen eine Immunschwäche oder eine Autoimmunerkrankung (Bsp. angeboren, immunsupprimierende Therapie (z.B. Kortison >20mg/Tag und über 14 Tage), Organtransplantation, HIV, Dialyse, Diabetes Typ 1, Multiple Sklerose, Schuppenflechte)? Wenn ja: Wenden Sie sich bitte an Ihre behandelnde Hausärztin oder ein Impfzentrum.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen Sie Mittel zur Gerinnungshemmung («Blutverdünnung») ein? Wenn Ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind? Wenn ja, bitte um Arztbestätigung für Impfung.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Informationen und Einverständniserklärung

- Der Schutz durch die Impfung gegen COVID-19 ersetzt nicht die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen.
- Allergische Reaktionen auf Impfungen oder Zusatzstoffe sind sehr selten und treten meist kurze Zeit nach der Impfung auf.
- 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.
- 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 Schmerzmittel 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. Ich stimme auch einer möglichen OFF-Label Impfung zu. (siehe Infoblatt)

Datum _____

Unterschrift Kunde _____

Datum _____

Unterschrift Apotheke _____

Impfdokumentation	Kürzel	Datum
Impfstoff _____ Verimpfte Menge _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> LINKER ARM <input type="checkbox"/> RECHTER ARM Beobachtungszeit <input type="checkbox"/> 15 min <input type="checkbox"/> 30 min <input type="checkbox"/> 5 min Vorsichtsmassnahmen bei Blutverdünnung <input type="checkbox"/> 2 min Kompression, dünne Nadel (25 G), langsame Injektion <input type="checkbox"/> Andere _____		