**Gemeinsam gegen Corona**

Einige Fragen vor Ihrer Impfung gegen Covid19 im Orthozentrum

Ich komme zur O Zweit- oder Drittimpfung O Erstimpfung

Ggf. vormalige Impfung(en) war mit O Biontech O Moderna OAstra OJohnson

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fühlen Sie sich krank, haben Sie **Fieber**? (über 38 Grad) | ja O | nein O |
| Ist bei Ihnen eine **Allergie** bekannt? O Pollen, Gräser O Hausstaub O Bienen-/Wespengift  O Polyethylenglykol / **PEG** (das ist ein Konservierungsstoff im Biontech-Impfstoff)  O gegen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ja O | nein O |
| Traten bei Ihnen nach einer **vormaligen, Covid oder anderen Impfung** schwere Reaktionen auf (z.B. Ausschlag, Ohnmachtsanfälle, Atemnot)?. Oder waren Sie einmal nach einer Impfung im Krankenhaus? | ja O | nein O |
|  |  |  |
|  für **Frauen**: sind Sie schwanger? (Monat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | ja O | nein O |

Ich will geimpft werden.

Ich habe die ausführliche Aufklärung gelesen / habe keine Fragen



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name)