

Laufzettel zur COVID-19-Impfung



ias-Gruppe

Am Impftag bitte mitbringen:

- Personalausweis
- Aufklärungsbogen (2-fach)
- ggf. Brille
- (gelber) Impfpass
- Anamnese / Einwilligung
- Allergiepass
- Laufzettel

Bitte tragen Sie Ihre Daten entsprechend Ihrem Ausweisdokument ein und füllen Sie alle Zeilen gut leserlich in Blockschrift aus. Bei Auswahlfeldern bitte Zutreffendes ankreuzen.

Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Straße, Hausnummer		PLZ
Gemeinde / Stadt	Landkreis / kreisfreie Stadt	

Kontaktmöglichkeit für schnelle Rückfragen

Telefonnummer (optional)	Mobilnummer (optional)
E-Mail-Adresse	

Anamnese relevanter Gesundheitsdaten zur COVID-19-Impfung

Hatten Sie eine labordiagnostisch bestätigte COVID-19-Erkrankung?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, aber Empfehlung Hausarzt/Facharzt liegt vor
Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, aber Empfehlung Hausarzt/Facharzt liegt vor

Liegt bei Ihnen einer der folgenden Risikofaktoren vor? (Mehrfachauswahl möglich)

- Trisomie 21
- Demenz oder geistige Behinderung
- Zustand nach Organtransplantation
- Adipositas (BMI \geq 30)
- chronische Nierenerkrankung
- chronische Lebererkrankung
- Herzinsuffizienz, Arrhythmie, Vorhofflimmern, koronare Herzkrankheit, arterieller Hypertonus
- Diabetes mellitus
- cerebrovaskuläre Erkrankung, Schlaganfall
- Krebserkrankung
- COPD / Asthma bronchiale
- Immundefizienz / HIV-Infektion
- Autoimmunerkrankung / rheumatische Erkrankungen

Sonstige (bitte ausfüllen)

Nichts davon bekannt

Ihr aktueller Gesundheitszustand

Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Streng vertraulich

Laufzettel zur COVID-19-Impfung



ias-Gruppe

Ihr aktueller Gesundheitszustand

Ist eine Allergie bekannt? Liegt ein Allergiepass vor? (Bitte mitbringen!) Allergien	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Traten nach einer früheren Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Nachfolgende Angaben sind vom Impfarzt auszufüllen:

<input type="checkbox"/> Impfung im ias-Standort	<input type="checkbox"/> Mobiles Impftteam im Betrieb
Impfindikation	
<input type="checkbox"/> Alter	<input type="checkbox"/> medizinische Indikation
<input type="checkbox"/> Unklar	<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> Senioren-/ Pflegeheim	<input type="checkbox"/> berufliche Indikation (AG-Bescheinigung erf.)
Keine Impfung	
<input type="checkbox"/> Ausschluß wegen fehlender Impfbereitschaft	
<input type="checkbox"/> Klient/in kann nicht geimpft werden wegen Krankheitssymptomen	
<input type="checkbox"/> Klient/in verzichtet auf Impfung nach Aufklärungsgespräch	
<input type="checkbox"/> Klient/in verzichtet auf Impfung nach zusätzlichem Aufklärungsgespräch	
<input type="checkbox"/> Klient/in verzichtet auf Impfung kurz vor der Impfung	
Aufklärung	
<input type="checkbox"/> Zusätzlicher Gesprächsbedarf	
<input type="checkbox"/> Aufklärungsgespräch durchgeführt – Bemerkungen:	

Streng vertraulich

	1. Impfung	2. Impfung	Booster-Impfung
Impfstoff			
Chargen-Nr.			
Impfort	<input type="checkbox"/> re. Oberarm	<input type="checkbox"/> re. Oberarm	<input type="checkbox"/> re. Oberarm
	<input type="checkbox"/> li. Oberarm	<input type="checkbox"/> li. Oberarm	<input type="checkbox"/> li. Oberarm
Impfreaktionen	<input type="checkbox"/> Sofortreaktion	<input type="checkbox"/> Sofortreaktion	<input type="checkbox"/> Sofortreaktion
	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> NEIN
Beobachtung verlängert	_____ Minuten	_____ Minuten	_____ Minuten
Rettungsdienst alarmiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen			
Datum, Stempel / Unterschrift des Impfarztes / der Impfärztin			
	Datum _____ Stempel / Untersch. _____	Datum _____ Stempel / Untersch. _____	Datum _____ Stempel / Untersch. _____