



Version 2.3

## STAMMDATEN

QR-Code	<b>Name</b> .....	<b>Terminindikator</b> .....
	<b>Vorname</b> .....	<b>EinrichtungID</b> .....
	<b>Geburtsdatum</b> .....	<b>Datum (Termin 1)</b> .....
	<b>Impfnummer</b> .....	<b>Datum (Termin 2)</b> .....

Wenn möglich auszufüllen durch (Pflege-)Einrichtung/betreuenden Arzt

### KONTRAINDIKATIONEN

- Keine
- Akute behandlungsbedürftige Erkrankung, insbesondere fieberhafte Infektionskrankheit
- Geburtsdatum jünger als 18 Jahre (Ausnahme BioNTech-Impfstoff 16 Jahre)
- Es liegt eine Schwangerschaft vor
- In den letzten 2 Wochen eine andere Impfung erhalten

### VORERKRANKUNGEN

- Keine
- Allergie nach CoVID-19-Impfung
- Reaktion nach vorherigen Impfungen
- SARS-CoV-2 positiv
- Fehlende Immunantwort bei schwerer Immunsuppression (z.B. unter Chemotherapie oder Biologica)
- schwerwiegende Allergie
- chronische Krankheiten der Atmungsorgane
- Herz-Kreislaufkrankheiten
- chronische Erkrankungen der Leber
- chronische Nierenkrankheiten
- Muskeldystrophie oder vergleichbare neuromuskuläre Erkrankung
- Erkrankungen des Immunsystems
- Multiple Sklerose
- chron. neurologische Krankheiten
- Stoffwechselkrankheiten
- Diabetes mellitus
- Adipositas
- Krebserkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen
- Organtransplantation
- Demenz
- Psychiatrische Erkrankung

### Einnahme Arzneimittel:

- Keine
- Gerinnungshemmer/Blutverdünner
- Sonstiges

Medikationsplan vorhanden?

- ja  nein

Auszufüllen durch Impfarzt

## ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der ersten Impfung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? .....

### STAMMDATEN IMPFENDER ARZT UND UNTERSCHRIFT

Titel / Vorname / Name

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

### IMPfung

Impfstoff

Chargennummer Impfstoff

Zeitpunkt der Impfung (Uhrzeit)

### ABBRUCHGRÜNDE

- Keine Impfberechtigung (falsche Angaben bei Terminvergabe)
- Medizinische Kontraindikation
- Impfabbruch durch Impfling (z.B. keine Einwilligung unterzeichnet)
- Impfteamseitiger Abbruch
- Nicht-Antreffen
- Sonstiges

### CHECK-OUT

**Regulärer Check-Out**

ja  nein, Grund: .....

### NEBENWIRKUNGEN

Keine

**Art/Beschreibung**  
(z.B. Schmerzen)

**Lokal/  
Systemisch**

**Schweregrad**  
(1 = leicht, 5 = schwer)

①

②

③
