

# Triageformular Covid Impfung

Impfstoff: Moderna Spikevax Bivalent

Nachname* : .....	Vorname* : .....
Geburtsdatum : .....	Telefonnummer (Mobil) : .....
Strasse : .....	PLZ / Ort : .....
Krankenkasse: .....	Versicherungskartennr.: 80756 .....
Geschlecht : <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich → Schwanger <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	


## Treffen diese Kriterien auf Sie zu?

	JA	NEIN
1. Sind Sie jünger als 16 Jahre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie aktuell Krankheitssymptome (z.B. Fieber, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie unter einer Immunschwäche und nehmen Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen (z.B. Kortison, Chemotherapie oder immunsuppressive Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hatten Sie jemals eine schwere Reaktionen oder Allergien auf einen Impfstoff oder sind allergisch gegen einen Bestandteil des Impfstoffes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sie haben ein Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Gerinnungshemmung (Blutverdünner) ein? Falls ja, welche: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten oder nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Falls ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Falls Sie chronische Vorerkrankungen haben, liegt ein Rezept oder Empfehlung des Arztes vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Auf Grund kantonaler Auflagen, benötigen wir bei Personen mit Vorerkrankungen eine Einverständniserklärung des Arztes.**

## Aufklärung und Einwilligung

- Ich bin über mögliche unerwünschte Wirkungen ausreichend informiert. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit einer Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung der Booster-Impfung einverstanden.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass alle im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind.

 Ort/Datum: ..... Unterschrift des/der Kunden/in: .....

Um allfällige seltene allergische Reaktionen abzuwarten, bleiben Sie bitte für 5 Minuten im Wartebereich der Apotheke. Bei späteren Reaktionen oder Symptomen kontaktieren Sie bitte unverzüglich Ihre/n Apotheker/in oder Ihre/n Arzt/Ärztin.