

## Zum 2. Impftermin / Anamnese

der Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

Die 1. Impfung wurde bei Ihnen:

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

durchgeführt am: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  ja  nein

Sind bei der ersten Impfung Nebenwirkungen aufgetreten?  
wenn ja, welche?  ja  nein

Haben Sie nach der ersten Impfung eine Allergie entwickelt?  
wenn ja, welche?  ja  nein

Hat sich seit der 1. Impfung ihr Gesundheitszustand oder ihre  
Medikation wesentlich geändert?  
wenn ja, welche Änderung?  ja  nein

47506 Neukirchen Vluyn, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt