

## Fragebogen Drittimpfung

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

1.) Datum der Zweitimpfung: \_\_\_\_\_

Impfstoff Erst- / Zweitimpfung: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2.) Haben Sie die Erst-/ Zweitimpfung gut vertragen?

JA

NEIN

3.) Nehmen Sie Blutverdünner?

JA

NEIN

Wenn ja, welches Präparat (z.B. Marcumar)?

4.) Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden (z.B. Tetanus)?

JA

NEIN

Wenn ja, mit welchem Impfstoff?

5.) **Ich bin mit der Drittimpfung einverstanden**

.....  
Unterschrift und Einwilligung der zu impfenden Person bzw. der berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn)