

Covid-19 Impfzentrum ApoDoc (Kanton Zürich)

ANGABEN ZUR PERSON

Name: Vorname:
 Strasse: PLZ/Ort:
 Geburtsdatum: Geschlecht: M W Andere
 Pass/ID-Nr. E-Mail:
 Telefonnummer: Krankenkassenkarte und ID/Pass mitnehmen.

AUSSCHLUSSKRITERIEN

JA NEIN

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sie leiden zurzeit an einer akuten fieberhaften Erkrankung / Erkältung (Covid-Test empfohlen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sie haben eine Allergie gegen Bestandteile des Impfstoffs (z.B. Polyethylenglycol PEG) oder Sie hatten früher einmal schwere Reaktionen oder Allergien auf einen Impfstoff | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sie haben in den letzten 7 Tagen eine andere Impfung erhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sie sind in der Vergangenheit nachweislich an Covid-19 erkrankt?
Falls ja, Datum Covid-19 Test (PCR oder Antigen Schnelltest) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Gerinnungshemmung (Blutverdünner) ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sie sind schwanger oder es besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MÖGLICHE UNERWÜNSCHTEN WIRKUNGEN UND WEITERE INFORMATIONEN

- Lokale Reaktionen: Schmerzen, Schwellung, Rötung oder Ausschlag, an der Injektionsstelle
- Systemische Reaktionen: Müdigkeit, Kopfweg, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen
- Schwere unerwünschte Impferscheinungen sind sehr selten (z.B. temporäre Gesichtslähmungen, Schock, Anaphylaxie)
- Für einen ausreichenden Schutz sind zwei Impfdosen in einem Abstand von ca. 4 Wochen nötig.
- Die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen (Abstand, Maske, Hygiene, etc.) gelten auch mit der Impfung.
- Um allfällige seltene allergische Reaktionen abzuwarten, bleiben Sie nach der ersten Impfung für 15 Minuten und bei der zweiten Impfung für 5 Minuten im Wartebereich der Apotheke zur Beobachtung. Bei späteren Reaktionen oder Symptomen kontaktieren Sie bitte unverzüglich Ihre/n Apotheker/in oder Ihre/n Arzt/Ärztin.
- Die Covid-19 Impfung ist für Personen kostenlos, die über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Schweiz verfügen und eine entsprechende Versicherungskarte vorweisen können.

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG

Ich habe obige Informationen über die Impfung zur Kenntnis genommen und verstanden. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit einer Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung von zwei Injektionen, mit der elektronischen Erfassung meiner Daten sowie deren Weiterleitung an die zuständige Behörde durch die Apotheke, einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind.

Ort/Datum: Unterschrift des/der Patienten/in: