

Fragebogen zur  
**Drittimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2**

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?  Ja  Nein
  
2. Ihre Erstimpfung war am \_\_\_\_\_  
mit  BionTech  AstraZeneca  Moderna
  
3. Ihre Zweitimpfung war am \_\_\_\_\_  
mit  BionTech  AstraZeneca  Moderna
  
4. Hatten Sie nach einer der Impfungen Nebenwirkungen?  
 keine Nebenwirkungen  leichte Nebenwirkungen  schwere Nebenwirkungen  
Welche Nebenwirkungen traten auf? \_\_\_\_\_
  
5. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?  Ja  Nein
  
6. Wurden Sie in den letzten 14 Tagen operiert?  Ja  Nein
  
7. Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger?  Ja  Nein
  
8. Haben Sie weitere Fragen zur Drittimpfung?  Ja  Nein
  
9. Willigen Sie in die vorgeschlagene 3. Impfung mit BionTech ein?  Ja  Nein

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärztin/Arzt