



Covid-19

Informations- und Triageformular für die Impfung

1. Zielgruppen der Impfung

Für folgende Personengruppen wird im Herbst/Winter die Covid-19-Impfung empfohlen (*nähere Informationen finden sich im [Schweizerischen Impfplan](#) und auf der Website des BAG*):

- Personen ab 65 Jahren
- Personen ab 16 Jahren mit bestimmten Vorerkrankungen*
- Personen ab 16 Jahren mit Trisomie 21
- Schwangere

*Gemäss der Liste des BAG im Dokument «Kategorien besonders gefährdeter Personen».

Die Covid-19-Impfung bietet **Schutz vor schweren Verläufen** der Erkrankung, schützt jedoch nicht vollumfänglich vor einer Übertragung des Virus sowie vor milden bis mittelschweren Symptomen. Personen ohne Risikofaktoren sollten keine schwere Erkrankung entwickeln und müssen sich daher nicht impfen lassen. Gesundheitsfachpersonen können sich impfen lassen, auch wenn für diese Gruppe keine Empfehlung ausgesprochen wurde.

Der ideale Zeitpunkt für die Covid-19-Impfung liegt zwischen Mitte Oktober und Dezember. Die Impfung umfasst **1 einzelne Impfdosis**, unabhängig von der Anzahl bereits erhaltener Impfdosen oder der Anzahl durchgemachter Infektionen. Ein **Mindestabstand von 6 Monaten** zur letzten Impfdosis oder zur letzten bekannten SARS-CoV-2-Infektion ist einzuhalten.

Es wird empfohlen, einen **mRNA-Impfstoff zu verwenden, der an die zirkulierenden Virusvarianten angepasst** und von Swissmedic zugelassen wurde.

► Grundsätzlich können die Impfungen gegen Covid-19 und die Grippe gleichzeitig durchgeführt werden.

2. Persönliche Daten Patientin/Patient (evtl. Patientenetikette aufkleben)

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr. (freiwillig): _____

E-Mail (freiwillig): _____

Nr. Patient/in (freiwillig): _____



3. Anamnese

Ausschlusskriterien

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► ärztliche Konsultation erforderlich	Ja	Nein
Sind Sie unter 16 Jahre alt?		
Sind Sie allergisch auf Hühnereiweiss? Ärztliche Konsultation nur erforderlich, wenn der Impfstoff Spuren von Hühnerei enthält (Beispiel: Ovalbumin)		
Hatten Sie jemals eine schwere Reaktion während oder nach einer Impfung?		
Sind Sie schwanger oder ist es wahrscheinlich, dass Sie es sind? Die Verabreichung eines Lebendimpfstoffs an schwangere Frauen ist kontraindiziert.		
Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit?		
Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko (z. B. vererbt)?		
Nehmen Sie regelmässig: - ein Medikament mit Kortison (≥ 20 mg/d, bzw. Prednison oder -äquivalent)? - ein Medikament, welches die Immunabwehr hemmt?		
Ist bei Ihnen nach einer Covid-19-Impfdosis eine Myokarditis/Perikarditis aufgetreten? Ohne gegenteilige fachärztliche Anweisung ist eine Auffrischimpfung grundsätzlich kontraindiziert.		

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► Verschieben der Impfung	Ja	Nein
Fühlen Sie sich unwohl?		
Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber?		

Andere Impfrisiken

► Beachten Sie bitte die kantonalen Vorschriften

Wenn «Ja» bei mindestens einer Frage ► ggf. ärztlichen Rat einholen *	Ja	Nein
Haben Sie in den nächsten Tagen eine Operation geplant?		
Nehmen Sie regelmässig Blutverdünner ein (ausser Aspirin/Acetylsalicylsäure)? Wenn «ja»: Langsames i.m. Injizieren mit einer dünnen, langen Kanüle (25G), vor der Injektion nicht aspirieren, Kompression während mindestens 2 Minuten, ohne zu reiben. Geimpfte Person informieren, dass möglicherweise ein Hämatom auftritt.		
Leiden Sie an einer Grunderkrankung oder chronischen Krankheit?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?		
Haben Sie eine oder mehrere Allergien? Bei schwerer Allergie gegen einen Bestandteil/Trägerstoff des Impfstoffs ist die Impfung kontraindiziert.		

***Wenn eine oder mehrere dieser Antworten mit «Ja» beantwortet wurden, bitte in den Bemerkungen ausführen und angeben, ob eine ärztliche Verordnung vorhanden ist.**

Bemerkungen



4. Impfung gegen Covid-19-Impfung

Intramuskulär verabreichen. Mehr Details finden sich auf der Website des BAG.

Impfschema

☐ **1 Dosis mit angepasstem mRNA-Impfstoff**

Für schwer immundefiziente Personen gilt es ein besonderes Impfschema (siehe offizielle Empfehlungen des BAG).

☐ Ggf. Datum der letzten Dosis: _____

5. Informationen zu unerwünschten Wirkungen und Einverständnis der Patientin/des Patienten

Sehr häufig ≥ 1/10	Reaktionen an der Einstichstelle: Schmerzen, Überempfindlichkeit, Rötung, Schwellung. Grippeähnliche Symptome: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Lymphknotenschwellung. Schüttelfrost, Fieber (bei mRNA-Impfstoffen) Magen-Darm-Beschwerden (häufiger beim Proteinimpfstoff): Durchfall, Übelkeit/Erbrechen.
Selten ≥ 1/10 000	Myokarditis/Perikarditis (eher bei jungen Männern beobachtet, in der Regel mit mildem Verlauf).

Schwere allergische Reaktionen nach der Impfung (Anaphylaxie aufgrund der Impfung) sind äusserst selten.

Grundsätzlich sind die Symptome leicht bis mittelschwer und **klingen spontan nach 1 bis 3 Tagen ab**. Die beobachteten Nebenwirkungen treten bei Kindern und älteren Menschen im Vergleich zu Jugendlichen und Erwachsenen im Allgemeinen weniger häufig auf. Das Risiko einer Myokarditis oder einer Perikarditis ist laut BAG bei einer SARS-CoV-2-Erkrankung höher als nach einer Covid-19-Impfung.

► Bei Anzeichen einer Myokarditis oder einer Perikarditis wie **Herzklopfen, Kurzatmigkeit oder Schmerzen in der Brust**, insbesondere innert zwei Wochen nach der Impfung, suchen Sie bitte unverzüglich **eine Ärztin oder einen Arzt** auf.

► **Wenn Sie unter anderen besorgniserregenden Symptomen leiden, informieren Sie bitte sofort Ihre Apotheke oder Ihre Ärztin/Ihren Arzt.**

Von der Patientin/dem Patienten auszufüllender Bereich:

- ☐ Ich habe obige Informationen zur Kenntnis genommen und bestätige, ausreichend informiert worden zu sein. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit der behandelnden Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen erfassten Daten richtig und vollständig sind. Ich bin damit einverstanden, geimpft zu werden.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Dieses Dokument muss mindestens **20 Jahre** oder gemäss kantonalen Vorschriften aufbewahrt werden.



6. Angaben zum Impfstoff

- ☐ Impfung durchgeführt

Name Impfstoff: _____ Ch.-Nr.: _____

- ☐ Intramuskuläre Verabreichung in den Deltamuskel (Oberarm)

► Andere, bitte angeben: _____

- ☐ Eintrag im Impfausweis

Datum der Injektion, Krankheit die verhütet werden soll, Name und Ch.-Nr. des Impfstoffs, Apothekenstempel und Unterschrift.

Datum der Verabreichung der nächsten Impfdosis (sofern erforderlich): _____

- ☐ Impfung nicht durchgeführt, bitte begründen:

Ort/Datum:

Unterschrift Apothekerin/Apotheker:

Apothekenstempel:

7. Unerwünschte Wirkung nach Impfung (Sofortreaktion oder nach Rückmeldung der geimpften Person)

- ☐ lokale Reaktion
☐ systemische Reaktion
☐ Konsultation Notaufnahme erforderlich
☐ Impfzwischenfall gemeldet (Pharmacovigilanz, ELViS)

Datum: _____

Beschreibung (inkl. Follow-up):

Rückmeldedatum der geimpften Person:

Apothekerin/Apotheker:
