

Grippe – Covid Impfung

A. Gewünschte Impfung: ☐ Grippe ☐ Covid (M / P)

B. Angaben zur Person

Bitte im Rezeptverkauf erfassen

Nach dem Einkassieren
Rezeptetikette aufkleben!

Bei Gutschein, Firma: _____

C. Anamnese (Bitte ankreuzen)

JA

NEIN

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hatten Sie in den letzten 48 Stunden Fieber? | ☐ | ☐ |
| 2. Haben Sie Allergien? z.B. auf Hühnereiweiss | ☐ | ☐ |
| 3. Für Frauen: Sind Sie schwanger? | ☐ | ☐ |
| 4. Leiden Sie an einer Immunschwäche oder -krankheit? | ☐ | ☐ |
| 5. Haben Sie ein bekanntes erhöhtes Blutungsrisiko? | ☐ | ☐ |
| 6. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? | ☐ | ☐ |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 7. Leiden Sie an einer Grunderkrankung / chronischen Erkrankung? | ☐ | ☐ |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 8. Sind Sie jemals bei einer Impfung oder Blutentnahme in Ohnmacht gefallen? | ☐ | ☐ |

D. Einverständnis des Kunden

- ☐ Ich habe die Informationen gelesen und verstanden.
- ☐ Meine Fragen wurden beantwortet.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der Impfung und der elektronischen Erfassung meiner Daten einverstanden.

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

Basel, Datum: _____ Unterschrift des/r Kunden/in: _____

E. Informationen zu den unerwünschten Wirkungen

GRIPPE:

Sehr häufig ≥ 1/ 10	Reaktion an der Einstichstelle: Schmerzen und Überempfindlichkeit. Andere Symptome: Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, allgemeines Unwohlsein
Häufig ≥ 1/ 100	Reaktion an der Einstichstelle: Rötung, Schwellung, Verhärtung. Andere Symptome: Übelkeit, Durchfall, Müdigkeit, Schwitzen, Schüttelfrost, Fieber
Gelegentlich ≥ 1/ 1000	Blutungen an der Injektionsstelle, Hautausschlag, Juckreiz Andere Symptome: Schwindel, Erbrechen
Selten ≥ 1/ 10000	Reaktionen an der Einstichstelle: Empfindlichkeitsstörung und Wärmegefühl

Schwere allergische (anaphylaktische) Reaktionen und schwere Nebenwirkungen (z.B. Guillain-Barré-Syndrom) nach der Impfung sind äusserst selten.

Die Häufigkeit bestimmter unerwünschter Wirkungen kann abhängig vom verwendeten Impfstoff leicht variieren. Generell sind die Symptome leicht bis mittelschwer und **klingen spontan nach 1 bis 3 Tagen ab**.

COVID:

Sehr häufig ≥ 1/ 10	Reaktion an der Einstichstelle: Schmerzen, Überempfindlichkeit, Rötung, Schwellung Grippeähnliche Symptome: Kopfschmerz, Müdigkeit, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Lymphknotenschwellung. Schüttelfrost, Fieber (bei mRNA-Impfstoffen) Magen-Darm-Beschwerden (häufiger bei Proteinimpfstoff) Durchfall, Übelkeit, Erbrechen
Selten ≥ 1/ 10000	Myokarditis/Perikarditis (eher bei jungen Männern beobachtet, in der Regel mit mildem Verlauf. ➤ 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.

Das Risiko einer Myokarditis/Perikarditis ist laut BAG bei einer SARS-CoV-2-Erkrankung höher als nach einer Covid-19-Impfung.

Generell sind die Symptome leicht bis mittelschwer und **klingen spontan nach 1 bis 3 Tagen ab**.

- **Sollten Symptome auftreten, die Sie beunruhigen, so informieren Sie bitte unverzüglich uns oder einen Arzt oder eine Ärztin.**

F. Angaben zum Impfstoff (Auszufüllen durch den/die Apotheker/in)

☐ Impfung(en) durchgeführt

Klebeetikette des Impfstoffs:

Bemerkung zur Impfung:

☐ Impfung(en) nicht durchgeführt, weil:

Basel, Datum: _____ **Unterschrift des/r Apotheker/in:** _____