



## Praxis Weitkamp

Stiftstrasse 82, 32278 Kirchlengern  
 Tel.: 05223-6543060, Fax: 05223-6537678  
 www.praxis-weitkamp.de

# Anamnesebogen zur Impfung gegen COVID19 in der Arztpraxis

- |   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Besteht derzeit eine Erkrankung mit Fieber?               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hatten Sie bei einer Impfung schon mal eine Allergie?     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Leiden Sie unter Immunschwäche ?                          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Erhalten Sie aktuell eine Chemotherapie?                  | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?                   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?               | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?          | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Haben Sie schon eine COVID19 Impfung erhalten?            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Waren Sie in der Vergangenheit schon an COVID19 erkrankt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Ort und Datum: .....

X

.....  
 Unterschrift Patient/in