

**Impfung SARS-CoV-2
 Informationsblatt**

**Vaccinazione SARS-CoV-2
 Nota informativa**

Anamnesebogen

Scheda anamnestica

Vor- und Nachname

Nome e Cognome _____

Geburtsort und -datum

Luogo e data di nascita _____

Telefonnr.

Telefono _____

Sind Sie derzeit krank? Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Haben Sie Fieber? Ha febbre?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Besteht eine Allergie auf Latex, Lebensmittel, Medikamente, Impfstoffe? È allergico al lattice, alimenti, farmaci, vaccini? Wenn ja, bitte angeben / Se sì, prego specificare: _____	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Ernsthafte Reaktionen nach vorherigen Impfungen Reazioni importanti dopo le precedenti vaccinazioni	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Leiden Sie an Herz- oder Lungenerkrankungen, Asthma, Nierenerkrankungen, Diabetes, Anämie oder anderen Bluterkrankungen? Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Leiden Sie an Immunschwäche oder an anderen Krankheiten wie Krebs, Leukämie, HIV-Infektion? Ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Haben Sie in den letzten 3 Monaten immunsupprimierende Medikamente eingenommen (z. B. Kortison, Prednison oder andere Steroide) oder sich einer Chemo- bzw. Strahlentherapie unterzogen? Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Haben Sie im letzten Jahr Bluttransfusionen, Blutprodukte, Immunglobuline oder antivirale Medikamente erhalten? Nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati, immunoglobuline o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Haben Sie jemals Krämpfe, Epilepsie oder neurologische Störungen gehabt? Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so

Haben Sie im letzten Monat Impfungen erhalten? Ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese? Wenn ja, welche? / Se sì, quale/i? _____	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Falls Frau, sind Sie schwanger oder gibt es die Möglichkeit, dass Sie nach der ersten oder zweiten Dosis schwanger werden? Se donna, è incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Stillen Sie? Sta allattando?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so
Geben Sie die Medikamente, insb. Gerinnungshemmer, natürliche Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Mineralstoffe oder homöopathische Medikamente an, welche Sie derzeit einnehmen: Specifici di seguito i farmaci, in part. anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:			

COVID-19 bezogene Anamnese

Anamnesi COVID-19 correlata

Waren Sie im letzten Monat in Kontakt mit einer Sars-CoV2 infizierte Person oder mit einer COVID-19 erkrankten Person? Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da Sars-CoV2 o affetta da COVID-19?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so	
Haben Sie eines der folgenden Symptome: Manifesta uno dei seguenti sintomi:				
Husten/Verkühlung/Fieber/Dyspnoe oder grippeähnliche Symptome? Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so	
Halsschmerzen/Geruchs- oder Geschmackverlust? Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so	
Bauchschmerzen/Durchfall? Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so	
Prellungen oder Blutungen/Rötungen der Augen? Lividi o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so	
Haben Sie im letzten Monat internationale Reisen unternommen? Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> Ja Sì	<input type="checkbox"/> Nein No	<input type="checkbox"/> Weiß nicht Non so	
Melden Sie alle anderen Pathologien oder nützliche Informationen über Ihren Gesundheitszustand Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute				
Test COVID-19:	<input type="checkbox"/> Keinen kürzlichen COVID-19-Test Nessun test COVID-19 recente	<input type="checkbox"/> Test COVID-19 POSITIV POSITIVO Datum/data: _____	<input type="checkbox"/> Test COVID-19 NEGATIV NEGATIVO Datum/data: _____	<input type="checkbox"/> Test COVID-19 IN ERWARTUNG IN ATTESA Datum/data: _____

Chargennummer / lotto: _____

Ort und Datum / Luogo e data

Der Arzt / Il medico