



**Kinder,- und Jugendarztpraxis
kunterbunt**

Dr. med. S. Walker
Beinsteinerstr.4
71334 Waiblingen
Tel.: 07151/21080
Fax 07151/902442

Name der zu impfenden Person: _____

Geburtsdatum der zu impfenden Person: _____

Fragebogen zur Zweitimpfung

Hatten Sie folgende Nebenwirkungen nach der ersten Impfung mit Comirnaty von Biontech/Pfizer:

Erhöhte Temperatur bis 38 Grad	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Fieber mehr als 38 Grad	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Erschöpfungsgefühl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurologische Symptome	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein

Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Traten bei Ihnen nach einer früheren anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein