

**Impfung gegen COVID-19
 Anamnesebogen**

**Vaccinazione anti COVID-19
 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 oder auf Bestandteile des Impfstoffes? È allergico al lattice, alimenti, farmaci, ai componenti del vaccino? 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 auf vorherige Impfungen? Reazioni importanti dopo le precedenti vaccinazioni?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie Herz- oder Lungenerkrankungen, Asthma, Nierenerkrankungen, Diabetes, Anämie oder andere 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
Haben Sie eine Immunschwäche oder andere Erkrankungen wie Krebs, Leukämie, HIV-Infektion (AIDS) oder hatten Sie eine Transplantation? Ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV (AIDS), trapianto?	<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 (Gamma) oder antivirale Medikamente erhalten? Nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati, immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Hatten Sie jemals Krampfanfälle, Epilepsie oder neurologische Störungen? 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 / Se donna Sind Sie schwanger oder planen Sie, im nächsten Monat nach der ersten oder zweiten Verabreichung schwanger zu werden? 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: Specifichi di seguito i farmaci, in particolare 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 infizierten Person oder mit einer COVID-19 erkrankten Person? Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da SARS-CoV-2 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/Erkältung/Fieber/Kurzatmigkeit 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
Abnormale Blutergüsse oder Blutungen/Rötungen der Augen? Lividi anormali 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
Test SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> Keinen kürzlichen SARS-CoV-2-Test Nessun test SARS-CoV-2 recente <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Test POSITIV/POSITIVO Datum/data: _____ <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Test NEGATIV/NEGATIVO Datum/data: _____ <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Test IN ERWARTUNG/IN ATTESA Datum/data: _____			
Melden Sie alle anderen Erkrankungen oder nützlichen Informationen über Ihren Gesundheitszustand: Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:			

Ort und Datum / Luogo e data

Der Arzt/die Ärztin / Il medico