

Impfanamnese COVID-19-Impfungen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Datum der COVID-19 Erstimpfung:

Datum der COVID-19 Zweitimpfung:

Erhaltender COVID-19 Impfstoff (bitte ankreuzen):

- AstraZeneca (Vaxzevria)**
- BionTEch (Comirnaty)**
- Moderna (Spikevax)**
- Johnson & Johnson (Janssen)**

Nebenwirkungen nach COVID-19-Impfungen? Welche?