

Anamnesebogen mRNA Impfungen Fremdpatienten

Name: _____ geb. : _____

Hausarzt: _____ Tel: _____

Hatten Sie eine Coronaerkrankung Ja Nein

Bestand in der Vergangenheit eine starke Allergie gegen Medikamente oder eine Impfung? Ja Nein

Welche:

Ist bei Ihnen eine Allergie gegen **Polyethylenglykol** (PEG) bekannt? Ja Nein

Bekommen Sie immunsupprimierende Medikamente/Chemotherapie? Ja Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein Ja Nein

Welche:

Besteht eine der folgenden Vorerkrankungen- bitte ankreuzen

Bluthochdruck

Herzinfarkt

Diabetes

Neurologische Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankung

Schlaganfall

Nur wenn zutreffend- Besteht eine Schwangerschaft Ja Nein