

# Covid-19 Impfung Moderna

## Einverständniserklärung / Dichiarazione di consenso/ Declaration of consens

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Bitte in Blockschrift ausfüllen  
Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Si prega di scrivere in stampatello  
Surname: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Please complete in block letters

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männlich weiblich  
Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso: maschile femina  
Date of birth: \_\_\_\_\_ Gender: male female

Adresse: Strasse/Strada/Street: \_\_\_\_\_ PLZ / ZIP: \_\_\_\_\_ Wohnort / Località / Domicile: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### 1. Frage / Domanda / Question

Haben Sie Erkältungssymptome wie Fieber, Schüttelfrost, Husten, Abgeschlagenheit? Ja Nein  
Hai sintomi del raffreddore, come febbre, brividi, tosse, stanchezza? Sì No  
Do you have cold symptoms such as fever, chills, cough, fatigue? Yes No

### 2. Frage / Domanda / Question

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Nein Ja Falls Ja, welche?  
Sta prendendo farmaci per fluidificare il sangue? No Sì Se sì, quali?  
Do you take blood-thinning medication? No Yes If yes, which ones?

### 3. Frage / Domanda / Question

Haben Sie je eine schwere allergische Reaktion entwickelt, die notfallmässig behandelt werden musste? Ja Nein  
Ha mai sviluppato una grave reazione allergica che ha richiesto un trattamento di emergenza? Sì No  
Have you ever developed a severe allergic reaction that required emergency treatment? Yes No

=> wenn Ja / se Sì / if Yes

Auf ein in die Haut, den Muskel oder die Vene gespritztes Medikament oder eine Impfung? Ja Nein  
A un farmaco iniettato nella pelle, nel muscolo o nella vena, o a una vaccinazione? Sì No  
To a medication injected into the skin, muscle, or vein, or to a vaccination? Yes No

Was war der Auslöser? Qual è stato il fattore scatenante? What was the trigger?

Ist der Auslöser nicht bekannt richtig oder ist er nicht gesucht worden? richtig  
L'innescò è sconosciuto Sì o non è stato cercato? Sì  
Is the trigger not known right or has it not been sought? right

### 4. Frage / Domanda / Question

Gab es in der Vergangenheit wiederholte schwere, allergische Reaktionen auf verschiedene, Ja Nein  
nicht untereinander verwandte Arzneimittel einschliesslich über den Mund eingenommene Abführmittel, Sì No  
welche Polyethylenglykol (PEG, Macrogol) oder Tromethamin (TRIS, Tromentamo) enthalten? Yes No

C'è stata una storia di ripetute reazioni allergiche gravi a varie medicine non correlate  
compresi i lassativi orali contenenti polietilenglicole (PEG, macrogol) o trometamina (TRIS, tromentamo)?

In the past, have there been repeated severe allergic reactions to various unrelated medicine  
including oral laxatives containing polyethylene glycol (PEG, macrogol) or tromethamine (TRIS, tromentamo)?

### Verwendeter Impfstoff:

Vaccine used: \_\_\_\_\_ Covid-19 Vaccine Moderna Lot: \_\_\_\_\_  
Vaccino utilizzato: \_\_\_\_\_

### Einverständnis zur Dateneingabe über die Impfung

Consenso all'inserimento dei dati sulla vaccinazione / Consent to data entry about vaccination

Hiermit bestätige ich, dass allcare Hausarzt-Zentren AG meine Daten für die Impfung über das Ärztelefon-Tool elektronisch erfassen darf und diese dann für statistische Zwecke anonymisiert ausgewertet werden dürfen. Ich bestätige hiermit, dass ich mit dem Vorgehen einverstanden bin und keine weiteren Fragen mehr habe.

Confermo che allcare Hausarzt-Zentren AG può registrare elettronicamente i miei dati per la vaccinazione tramite lo strumento Ärztelefon e che questi dati possono poi essere valutati in modo anonimo per scopi statistici. Confermo che sono d'accordo con la procedura e non ho altre domande.

I hereby confirm that allcare Hausarzt-Zentren AG may electronically record my data for the vaccination via the Ärztelefon tool and that this data may then be evaluated anonymously for statistical purposes. I hereby confirm that I agree with the procedure and have no further questions.

Zürich, \_\_\_\_\_

Datum und Ort des Impfgesprächs \_\_\_\_\_

Data e luogo del colloquio di vaccinazione Firma: \_\_\_\_\_

Date and place of the vaccination interview Signature: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_

Visum Az/MPA \_\_\_\_\_