

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor einer gewünschten COVID-Impfung aus.



Name, Vorname, Geburtsdatum

Meine bisherigen COVID-Impfungen (nicht Zutreffendes bitte streichen):

- | | | | | | | |
|----|-------------|----------|---------|-----------------|-----|-------|
| 1. | AstraZeneca | BioNTech | Moderna | Johnson&Johnson | am: | _____ |
| 2. | AstraZeneca | BioNTech | Moderna | Johnson&Johnson | am: | _____ |
| 3. | AstraZeneca | BioNTech | Moderna | Johnson&Johnson | am: | _____ |

In Hessen (Nov. 2021) empfohlene Gründe für eine Auffrischungs-(Booster-) Impfung gegen COVID:

- Ich bin nur 1x mit Johnson&Johnson oder AstraZeneca geimpft und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 1 Monat her.
- Ich bin 2 x mit AstraZeneca geimpft und die letzte Impfung ist mindestens 3 Monate her.
- Ich nehme aktuell Immunsystem-unterdrückende Medikamente ein (Chemotherapie, MTX, Ciclosporin A, Prednisolon >5mg/Tag, usw.) und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 1 Monat her.
- Ich bin über 60 Jahre alt und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 6 Monate her.
- Ich arbeite in der Pflege / im medizinischen Bereich und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 6 Monate her.
- Ich habe häufig mit Immungeschwächten Kontakt und die letzte COVID-Impfung ist mindestens 6 Monate her.

- Ich gehöre zwar zu keiner der oben genannten Gruppen, aber meine letzte COVID-Impfung ist mindestens 6 Monate her und ich möchte ggf. kurzfristig benachrichtigt werden, wenn noch Impfstoff übrig ist.

Meine Handy-/ Telefonnummer ist: _____

Ort, Datum

Unterschrift