

Covid-19-Impfung

Triage-Fragebogen zur Covid-19 Impfung in der Apotheke

Stand: 24.6.21

Die nachfolgenden Fragen helfen bei der Entscheidung, ob die Covid-19-Impfung in der Apotheke durchgeführt werden kann, ob sie verschoben werden muss oder ob ein Arztbesuch angezeigt ist. Die Impfpfehlungen des BAG sehen eine Einteilung in 5 Zielgruppen vor (in hierarchischer Reihenfolge). Kantonale Vorschriften können davon abweichen.

Bitte Zutreffende Zielgruppe ankreuzen

- 1. Besonders gefährdete Personen¹ (BGP)
- 2. Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt und Betreuungspersonal von BGP²
- 3. Enge Kontakte von BGP (Haushaltsmitglieder)
- 4. Erwachsene in Gemeinschaftseinrichtungen mit erhöhtem Infektions- und Ausbruchsriskog
- 5. Alle weiteren Erwachsenen



1. Ausschlusskriterien

Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 1 bis 5 mit **JA** beantwortet, kann die Covid-19-Impfung **in der Apotheke nicht durchgeführt werden**.

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?	JA	NEIN
1. Sie sind jünger als 18 Jahre (gilt für COVID-19 Vaccine von Moderna®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sie sind schwanger oder es besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sein könnten ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sie leiden unter einer Immunschwäche oder Sie nehmen Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen (z.B. Kortison, Chemotherapie oder immunsuppressive Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sie haben eine Allergie gegen Bestandteile ⁴ des Impfstoffs (z.B. Polyethylenglycol PEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sie hatten früher einmal schwere Reaktionen ⁵ oder Allergien auf einen Impfstoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird eine oder mehrere der Fragen Nr. 6 bis 9 mit **JA** beantwortet, muss die Covid-19-Impfung **verschoben werden**.

Treffen diese Kriterien auf Sie zu?	JA	NEIN
6. Sie leiden zurzeit an einer akuten fieberhaften Erkrankung / Erkältung (Covid-Test empfohlen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sie wurden in den letzten 6 Monaten positiv auf Covid-19 getestet (PCR / Antigen-Schnelltest) ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sie befinden sich aktuell in angeordneter Quarantäne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sie haben in den letzten 7 Tagen eine andere Impfung erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderes Impfrisiko (Impfung möglich mit den nötigen Vorsichtsmassnahmen)	JA	NEIN
10. Leiden Sie an einem Gerinnungsleiden (z.B. Mangel an Gerinnungsfaktoren, Bluterkrankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zur Gerinnungshemmung (Blutverdünner) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Leiden Sie unter chronischen Krankheiten oder nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Zusätzliche Kriterien: müssen zwingend mit JA beantwortet werden

Bitte ankreuzen, Termin erfahren Sie in der Apotheke	JA	NEIN
1. bestehender Kunde in Apotheke Dr. Langer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe beide Impftermine erhalten und verstanden, dass diese <i>nicht änderbar</i> sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Impfung: Datum :; Zeit:

2. Impfung: Datum :; Zeit:

¹ BGP gemäss BAG: Personen über 65 Jahre; Personen unter 65 Jahre mit chronischen Krankheiten und höchstem Risiko eines schweren Covid-19-Verlaufs gemäss Klassierung des BAG (siehe Tabelle 2 der Covid-19 mRNA-Impfpfehlung des BAG).

² Detaillierte Empfehlungen und Priorisierung gemäss BAG: siehe Dokument [Impfung von Gesundheitspersonal gegen Covid-19](#)

³ Im Zweifelsfall soll ein Schwangerschaftstest durchgeführt werden um eine Schwangerschaft vor der Impfung auszuschliessen.

⁴ Inhaltsstoffe des COVID-19 Vaccine Moderna® mit Allergierisiko: Polyethylenglycol (PEG2000 DMG), Trometamol, Trometamol HCl

⁵ Personen mit bekannten schweren akuten Allergien oder kutaner oder systemischer Mastozytose sind an einen Facharzt zu überweisen

⁶ 3 Monate für besonders gefährdete Personen

B **3. Angaben zur Person** (bei Anmeldung auszufüllen und kontrollieren)

Nachname : Vorname :
Geburtsdatum : Pass /ID-Nr. ⁷:
Geschlecht : Männlich Weiblich Strasse :
PLZ / Ort : **Handynummer** :
Email: **Versicherungskartennr.:** 80756

C **4. Mögliche unerwünschten Wirkungen und weitere Informationen**


- Lokale Reaktionen: Schmerzen, Schwellung, Rötung oder Ausschlag, an der Injektionsstelle, «COVID-Arm», der hauptsächlich ca. 1 Woche nach der ersten Injektion mit dem COVID-19-Impfstoff von Moderna® auftreten kann.
- Systemische Reaktionen: Müdigkeit, Kopfweg, Muskel- und Gelenkschmerzen, Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen
- Schwere unerwünschte Impferscheinungen sind sehr selten (z.B. temporäre Gesichtslähmungen, Schock, Anaphylaxie)
- Für einen ausreichenden Schutz sind zwei Impfdosen in einem Abstand von ca. 4 Wochen nötig (ausser bei Personen, die in den letzten 6 Monaten positiv auf COVID-19 getestet wurden → 1 Dosis Impfstoff ist ausreichend. Ausnahme: Personen mit Immunschwäche → zwei Dosen sind nötig (3 Monate nach Krankheit).
- Die vom BAG empfohlenen Schutzmassnahmen (Abstand, Maske, Hygiene, etc.) gelten auch mit der Impfung. Ausnahme: bei privaten Treffen von vollständig geimpften Personen (14 Tage nach 2. Injektion) → auf Maske und Abstand kann verzichtet werden.
- Um allfällige seltene allergische Reaktionen abzuwarten, bleiben Sie nach der ersten Impfung für 15 Minuten und bei der zweiten Impfung für 5 Minuten im Wartebereich der Apotheke zur Beobachtung. Bei späteren Reaktionen oder Symptomen kontaktieren Sie bitte unverzüglich Ihre/n Apotheker/in oder Ihre/n Arzt/Ärztin.
- Die Covid-19 Impfung ist für Personen kostenlos, die über eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz verfügen. Gleichfalls für Personen ohne OKP mit Wohnsitz oder ständigem Aufenthalt in der Schweiz (z. B. Diplomaten, Studenten, Rentner, sans-papiers) und für Grenzgänger, wenn sie aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind (z. B. Gesundheitspersonal im Kontakt mit besonders gefährdeten Personen oder Pflegepersonal in Heimen / Institutionen).

D **5. Aufklärung und Einwilligung**

Ich habe obige Informationen über die Impfung zur Kenntnis genommen und verstanden. Allfällige Fragen konnte ich vorgängig mit einer Fachperson klären. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung von zwei Injektionen, mit der elektronischen Erfassung meiner Daten sowie deren Weiterleitung an die zuständige Behörde durch die Apotheke, einverstanden.

Ich bin mit der Erstellung eines elektronischen Dossiers auf www.meineimpfungen.ch einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass sämtliche im Fragebogen angegebenen Daten richtig und vollständig sind⁸.

 Ort/Datum: Unterschrift des/der Kunden/in:

⁷ nicht zwingend nötig, wird für allfälligen Übertrag auf www.meineimpfungen.ch benötigt

⁸ Die informierte Einwilligung des Kunden ist zu dokumentieren, Gemäss BAG braucht es nicht zwingend eine Unterschrift, eine elektronische Einwilligung ist auch möglich. pharmaSuisse empfiehlt jedoch die händische Unterschrift einzuholen.