

## Impfen in Betrieben – Anmeldung impfwillige Person

### 1. Teilnehmender Betrieb

Name .....

Strasse / Nr. ....

PLZ/Ort .....

### 2. Angaben zur Person

Geschlecht ☐ Weiblich ☐ Männlich

Vorname .....

Nachname .....

Geburtsdatum .....

E-Mail .....

Handynummer .....

Festnetzanschluss .....

### 3. Wohnadresse

Strasse .....

Hausnummer .....

PLZ .....

Ort .....

Kanton .....

Krankenkasse .....

Krankenkassenkartennummer .....

#### 4. Fragen zur Gesundheit

- 4.1. Leiden Sie unter einer der folgenden Chronischen Erkrankungen?  
Arterielle Hypertonie/Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Lungen- und Atemwegserkrankungen (u.a. COPD und Lungenfibrose), -Kreislauferkrankungen, Adipositas (BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>), Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, Trisomie 21.

☐ Ja ☐ Nein

- 4.2. Haben Sie Kontakt zu besonders gefährdeten Personen

☐ Ja ☐ Nein

- 4.3. Hatten sie früher Relevante schwerwiegende («serious») Impfreaktionen?

☐ Ja ☐ Nein

- 4.4. Nehmen sie Immunsupprimierende Medikamente ein (schwere Immunsuppression)

☐ Ja ☐ Nein

- 4.5. Leiden Sie unter einer akuten fieberhaften Erkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

- 4.6. Sind sie schwanger (nur von Frauen zu beantworten)?

☐ Ja ☐ Nein

- 4.7. Sind sie bereits einmal an Covid erkrankt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja – Wann

Datum der Infektion .....

Bringen Sie das Genesen Zertifikat oder den positiven Testbefund zum Impfung mit.

#### 5. Bemerkungen / Ergänzungen

.....

.....

.....

#### 6. Einverständnis

- Ich bestätige, dass die Angaben wahrheitsgetreu ausgefüllt wurden.
- Ich habe die Informationen zur Impfung erhalten und verstanden.  
[Allgemeine Informationen zur Covid-19-Impfung mit einem mRNA-Impfstoff](#) (PDF, 362 kB, 23.06.2021) weitere Informationen auf [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)
- Ich bin einverstanden und lasse mich freiwillig impfen.

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....