



Anamnesebogen zur Covid-19 – Impfung

(Dieser Bogen verbleibt beim AMZ / Arzt)

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße + Hausnummer + PLZ + Wohnort

Tel.- Nr.

Arbeitgeber, Ort

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen oder Auffälligkeiten

Ja	Welche	Medikamenteneinnahme
<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung	
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/>	Herzkrankheit	
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	
<input type="checkbox"/>	Thrombose	
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung	
<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie „blutverdünnende“ Medikamente?	
<input type="checkbox"/>	Blutzuckererkrankung	
<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmleiden	
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> derzeit <input type="checkbox"/> in den letzten 12 Monaten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit Chemotherapie <input type="checkbox"/> mit Bestrahlung	
<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva (milde Zytostatika)
<input type="checkbox"/>	angeborene oder erworbene Immunschwäche	
<input type="checkbox"/>	Allergien <input type="checkbox"/> Hausstaub; <input type="checkbox"/> Frühblüher; <input type="checkbox"/> Heuschnupfen; <input type="checkbox"/> Fließschnupfen; <input type="checkbox"/> allergisches Asthma; Sonstige:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit immunmodulierender Behandlung (Desensibilisierung)	
<input type="checkbox"/>	Allergische Komplikationen (Schock, Atemnotsyndrom)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nach Impfung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nach Medikamenteneinnahme	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nach Röntgenkontrastmittelgabe <input type="checkbox"/> bei Operationen	
<input type="checkbox"/>	Bekannte, nachgewiesene Allergie gegen Impfsatzstoffe	
<input type="checkbox"/>	Kreislaufprobleme nach Impfungen	
<input type="checkbox"/>	Hat in den letzten 6 Monaten bei Ihnen eine Covid 19 Infektion vorgelegen?	
Für Frauen: <input type="checkbox"/> Besteht eine Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Stillen Sie?		

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und das Beschäftigungsverhältnis bei oben genanntem Arbeitgeber.

Vom Impfarzt zur Kenntnis genommen:

Arztkürzel:

Ort, Datum, Unterschrift

Verantwortlicher: Arbeitsmedizinisches Zentrum für den Kreis Olpe e. V.

Datenschutzbeauftragter: VIA Consult GmbH & Co. KG, Karsten Kunde, Martinstraße 25, 57462 Olpe, Tel +(49) 0 2761 83668 0, Mail: datenschutz@via-consult.de

Zweck und Rechtsgrundlage der Verarbeitung: Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der Feststellung einer Kontraindikation vor der Impfung im Zusammenhang mit Covid-19. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) Einwilligung und ggf. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO gesetzliche Verpflichtung (IfSG). Eine Verwendung der Daten zu anderen Zwecken findet nicht statt.

Empfänger der Daten: Eine Weitergabe ist ansonsten ausgeschlossen.

Speicherungsdauer: Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren nach dem letzten Kontakt mit Ihnen aufbewahrt und danach vernichtet.

Ihre Betroffenenrechte: Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO sowie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschrungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz). Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO).

Stand: 01.06.2021 nb