

## Fragebogen zu Beeinträchtigungen nach einer Corona-Impfung

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Telefon:	
Straße Hausnummer		PLZ Ort	
Vorerkrankung 1		seit	
Vorerkrankung 2		seit	
Vorerkrankung 3		seit	
Vorerkrankung 4		seit	
Vorerkrankung 5		seit	
Vorerkrankung 6		seit	
Impfdatum 1 / Zeit		Impfstoff	
Impfnebenwirkungen		Dauer	
Impfdatum 2 / Zeit		Impfstoff	
Impfnebenwirkungen		Dauer	
Impfdatum 3 / Zeit		Impfstoff	
Impfnebenwirkungen		Dauer	
Corona-Infektion unbemerkt/mild/schwer		Zeit	
Corona-Infektion unbemerkt/mild/schwer		Zeit	
Corona-Infektion unbemerkt/mild/schwer		Zeit	
Todesdatum - zeit		Todesursache lt. Totenschein	
Ansprechpartner Name, Vorname		Telefon	