

Datum der Blutentnahme: _____

Anonymer Fragebogen

Labortestung Immunität gegen Corona Viren

Alter Geschlecht m/w

Gründe für die Testung(en) - auch Mehrfachankreuzung möglich

	ja	nein		
Kontrolle vor geplanter Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kontrolle nach Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum 1. Impfung	_____
Impfstoff Name _____			Datum 2. Impfung	_____
Nebenwirkungen nach der Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche:	<input type="text"/>
Immunitätsfrage bei asymptomatischem Verlauf, d.h. Sie haben keine typischen Coronasymptome gehabt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Anamnestiche Fragen (Vorgeschichte)

Kontakt zu Personen mit Symptomen

	ja	nein		
ohne PCR Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum:	_____
mit positivem PCR Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum:	_____
Asymptomatischen mit positivem PCR Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum:	_____

Selber erkrankt mit

Covid 19 Symptomatik, wenn ja welche:

leicht mittel schwer Long Covid

positiver PCR Test

positiver Antigen Test

Datum: _____

Datum: _____

Zeitraum: _____

bereits erfolgte Immunitätsteste

(z.B. Antikörper/ T Zellen/ endemische Corona Viren)

welche, wann (Datumsangabe)

Vorerkrankungen

Hypertonus (Bluthochdruck)

Adipositas (starkes Übergewicht > 30 BMI)

Gefäßerkrankungen

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Sonstige schwere Erkrankungen

ja nein

Name Erkrankung / Sonstige:

Dauermedikamente:

Blutgruppe: