



# Selbsteinschätzung: Was trifft auf mich zu?

| <b>Unter 16 Jahre</b>   |  | <b>Über 16 Jahre</b>                            |
|---|--|---|
| <b>(Mögliche) Schwangerschaft</b>                                     | <b>Stillende Mutter</b>  |   |
| <b>Allergie gegen Bestandteil des Impfstoffes (Polyethylenglykol)</b> | <b>Mehrfachallergie mit lebensgefährlicher Reaktion in der Vergangenheit</b> |   |
|   | <b>Schwere Immunsuppression</b>  |   |
| <b>Aktuell Fieber oder andere COVID-19-Symptome</b>                   |  | <b>COVID-19-symptomfrei</b>                     |
| <b>Aktuell in Isolation oder Quarantäne</b>                           |  | <b>Nicht mehr in Isolation* oder Quarantäne</b> |

\*Nach durchgemachter COVID-19-Erkrankung (positives Testergebnis und Symptome) wird die Impfung nach drei Monaten empfohlen.

**Aktuell keine Impfung**

**Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt**

**Vereinbaren Sie einen Impftermin**