

# Umfrage zur Covid-19-Impfung

## Ablauf in der Praxis

Wie war der Ablauf in der Praxis bei Ihrem Termin?

### 1. Welchen Impfstoff haben Sie bekommen?

- AstraZeneca
- BioNTech
- Moderna
- Johnson & Johnson

## Wann haben Sie sich impfen lassen?

### 2. Erster Impftermin



### 3. Zweiter Impftermin



### 4. Was ist Ihr Geschlecht?

- männlich
- weiblich
- divers
- keine Angabe

### 5. Wie alt sind Sie?

**6. Wie lange hat es gedauert von Ihrer Aufnahme in der Praxis bis zur Impfung?**

- Weniger als 10 Minuten
- 10-20 Minuten
- 20-30 Minuten
- mehr als 30 Minuten

**7. Wie beurteilen Sie den Ablauf der Impfung in der Praxis?**

- sehr gut
- gut
- geht so
- schlecht
- sehr schlecht

**8. Wie war die Impfung organisiert?**

- sehr gut
- gut
- geht so
- schlecht
- sehr schlecht

**9. Wie zufrieden waren Sie mit dem Terminmanagement?**

- sehr zufrieden
- zufrieden
- geht so
- unzufrieden
- sehr unzufrieden

**10. Wie gut fühlten Sie sich von der Praxis betreut?**

- sehr gut
- gut
- geht so
- schlecht
- sehr schlecht

# Umfrage zur Covid-19-Impfung

## Reaktionen/Nebenwirkungen

Wie haben Sie die Impfung vertragen?

### 11. Welche Reaktion(en) hatten Sie nach der ersten Impfung (Mehrfachnennungen möglich)?

	Vorhanden	Dauer	Anmerkungen
Ich hatte Nebenwirkungen	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Schmerzen an der Einstichstelle	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Rötung an der Einstichstelle	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Grippeähnliche Symptome	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Kopfschmerzen	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Veränderungen in der Regelblutung	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Reaktion(en)	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

### 12. Waren Sie wegen der Reaktionen nach der ersten Impfung arbeitsunfähig?

Nein  Ja

### 13. Wenn ja, für wie viele Tage?

### 14. Welche Reaktion(en) hatten Sie nach der zweiten Impfung (Mehrfachnennungen möglich)?

	Vorhanden	Dauer	Anmerkungen
Ich hatte Nebenwirkungen	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Schmerzen an der Einstichstelle	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Rötung an der Einstichstelle	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Grippeähnliche Symptome	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Kopfschmerzen	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Veränderungen in der Regelblutung	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere Reaktion(en)	Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

### 15. Waren Sie wegen der Reaktionen nach der zweiten Impfung arbeitsunfähig?

Nein  Ja

### 16. Wenn ja, für wie viele Tage?

## Umfrage zur Covid-19-Impfung

Nach der Impfung

### Antikörper

17. Wurden bei Ihnen Antikörper im Blut bestimmt?

Nein  Ja

18. Falls ja, waren Antikörper vorhanden?

Nein  Ja

19. Falls ja, wie hoch war der Antikörperwert?

20. Datum der Antikörperbestimmung:

mm/dd/yyyy

### Erst- und Zweittermin

21. Haben Sie beide Impftermine in unserer Praxis wahrgenommen?

- Beide Termine
- Nur den ersten Termin
- Nur den zweiten Termin

22. Falls Sie nur den ersten Impftermin wahrgenommen haben, warum haben Sie den zweiten Impftermin nicht wahrgenommen?

- Ich war schon an Covid-19 erkrankt.
- Ich habe die erste Impfdosis schlecht vertragen.
- Ich wollte den Zeitabstand zwischen den Impfungen verlängern.
- Anderer Grund

23. Was war der Grund, falls Sie nur den zweiten Termin bei unserer Praxis wahrgenommen haben?

- Ich wollte den Zeitabstand zwischen den Impfungen verkürzen.
- Anderer Grund

24. Warum haben Sie sich entschieden, sich gegen Corona impfen zu lassen?

- Eigeninitiative
- Ansprache meines Hausarztes
- Ansprache meines Arbeitgebers
- Ansprache einer anderen Person

25. Wurden Sie entsprechend der Priorisierung geimpft oder erhielten Sie eine Impfung, weil die Priorisierung aufgehoben war?

- Ich wurde anhand der Priorisierung geimpft.
- Die Priorisierung war aufgehoben.

## Umfrage zur Covid-19-Impfung

Sonstige Anmerkungen

Gibt es noch etwas, das Ihnen auf dem Herzen liegt?

### 26. Feedback

Zurück

Abschließen