



# Selbsteinschätzung: Was trifft auf mich zu?

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