



# Selbsteinschätzung: Was trifft auf mich zu?

Unter 16 Jahre		Über 16 Jahre
	<b>(Mögliche) Schwangerschaft, Stillende Mutter</b>	
<b>Allergie gegen Bestandteil des Impfstoffes (Polyethylenglykol)</b>	<b>Allergie mit schwerer 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**

ROT

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

ORANGE

**Vereinbaren  
Sie einen  
Impftermin**

GRÜN