



European Society  
for Immunodeficiencies



International  
Nursing Group for  
Immunodeficiencies

English	Deutsch
<p><b>Survey on COVID-19 Vaccination hesitancy and side effects in Patients with Primary Immunodeficiencies</b></p>	<p><b>Umfrage zur COVID-19 Impfung – Impfskepsis und Nebenwirkungen bei Patienten mit PID</b></p>
<p>IPOPI-ESiD-INGiD are conducting a survey on patients with Primary Immunodeficiency (PID) regarding COVID-19 vaccine hesitancy and side effects.</p> <p><b>As a patient with PID or a carer of a patient with PID, you are kindly invited to take part to this survey if:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>you have completed the full anti-COVID-19 vaccination scheme,</b></li> <li>or</li> <li>• <b>you have only got one shot of vaccination and you don't need or you will NOT have the second one (whatever the reason)</b></li> <li>or</li> <li>• <b>you don't want to be vaccinated at all.</b></li> </ul> <p><b>If you can't be vaccinated or have not yet completed the full scheme, please come back to this survey when done.</b></p> <p>Your participation will contribute to research towards understanding vaccination hesitancy and vaccination sides effects in patients with PID. <b>We thank you for taking the time to complete this important survey.</b></p>	<p>IPOPI-ESiD-INGiD führen eine Umfrage bei Patienten mit PID durch, die sich mit Impfskepsis und Nebenwirkungen der COVID-19 bei PID-Patienten beschäftigt.</p> <p>Als PID-Patient*in oder Pflegeperson laden wir Sie zur Teilnahme an dieser Umfrage ein, wenn Sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>vollständig gegen COVID-19 geimpft sind</b> oder wenn Sie</li> <li>• <b>einfach geimpft sind und Sie keine zweite Impfung benötigen</b> oder Sie</li> <li>• <b>keine zweite Impfung bekommen werden</b> (egal, aus welchem Grund) oder Sie</li> <li>• <b>sich überhaupt nicht impfen lassen möchten</b></li> </ul> <p><b>Wenn Sie nicht geimpft werden können oder Sie noch nicht vollständig geimpft sind, bitten wir Sie, erst dann an der Umfrage teilzunehmen.</b></p> <p>Ihre Teilnahme wird dazu beitragen, Gründe für eine Impfskepsis und Nebenwirkungen bei PID-Patienten besser zu verstehen. <b>Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für diese wichtige Umfrage nehmen.</b></p>
<p><b>Q1 Confidentiality and electronic consent</b> Your responses will be anonymous. They will be sent to IPOPI. IPOPI will not collect identifying information such as your name, email address or IP address. Clicking on the "Agree" button indicates that:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- You have read the above information</li> <li>- You are voluntarily participating in the survey</li> <li>- You are a patient or a patient's carer.</li> </ul>	<p><b>Q1 Datenschutzrechtliche elektronische Einverständniserklärung</b> Ihre Antworten werden anonym behandelt und an IPOPI versendet. IPOPI wird keine Informationen zur Identifizierung Ihrer Person wie Name, E-Mail Adresse oder IP-Adresse sammeln. Indem Sie den Button "Ich stimme zu" anklicken, bedeutet dies: Sie haben die obenstehenden Informationen gelesen Sie nehmen freiwillig an der Umfrage teil Sie sind Patient oder Pflegeperson</p>
<p>I agree I disagree</p>	<p>Ich stimme zu Ich stimme nicht zu</p>

<b>About COVID-19 vaccination</b>	<b>Zur COVID-19 Impfung</b>
<b>Q2</b> About COVID-19 vaccination, in which situation are you?	<b>Q2</b> In welcher Situation sind Sie bezüglich der COVID-19 Impfung?
I am fully vaccinated I am not vaccinated or not fully vaccinated, but expecting I will be as soon as possible I have had one shot but don't want to continue with a next shot. I don't want to be vaccinated at all	Ich bin vollständig geimpft Ich bin nicht geimpft oder nicht vollständig geimpft, aber so bald wie möglich geimpft, aber so bald wie möglich Ich bin einmal geimpft aber ich möchte die zweite Impfung nicht erhalten Ich möchte überhaupt nicht geimpft werden
Previous Next	Zurück Vor
<b>About your condition</b>	<b>Zu Ihrem Gesundheitszustand</b>
<b>Q3</b> Do you have a diagnosis of a Primary Immunodeficiency (PID)?	<b>Q3</b> Wurde bei Ihnen ein primärer / angeborener Immundefekt diagnostiziert (PID)?
Yes No I don't know	Ja Nein Ich weiß es nicht
<b>Now, would you please give us some background information?</b>	<b>Geben Sie uns noch einige Hintergrundinformationen, bitte?</b>
<b>Q4</b> In what country do you live?	<b>Q4</b> In welchem Land leben Sie?
<b>Q5</b> What is your year of birth?	<b>Q5</b> In welchem Jahr sind Sie geboren?
<b>Q6</b> What is your gender?	<b>Q6</b> Welches Geschlecht haben Sie?
Female Male Other	Weiblich Männlich Divers
<b>Q7</b> Would you please specify which PID you are affected by?	<b>Q7</b> Könnten Sie bitte noch spezifizieren, an welchem Immundefekt Sie leiden?
SCID CID Hyper IgE Syndrome (HIES) Hyper IgM Syndrome Di George syndrome Wiskott Aldrich syndrome Agammaglobulinemia (Bruton disease) CVID Hypogammaglobulinemia IgG Subclass deficiencies Diseases of Immune dysregulation (IPEX) Chronic Granulomatous disease Congenital Neutropenia Mendelian susceptibility to mycobacterial disease (MSMD) I don't know the name of my PID / My PID is not precisely defined yet Other (please specify) Please enter your condition.	SCID CID Hyper IgE Syndrom (HIES) Hyper IgM Syndrom Di George Syndrom Wiskott Aldrich Syndrom Agammaglobulinämie (Bruton disease) CVID Hypogammaglobulinämie IgG Subklassen Defekt IPEX-Syndrom Chronische Granulomatose Kongenitale Neutropenie Mykobakteriosen (MSMD)  Ich weiß es nicht / mein PID ist noch nicht genau definiert Sonstige (bitte Bezeichnung angeben) Bitte hier eingeben
<b>Q8</b> Do you receive regular immunoglobulin therapy?	<b>Q8</b> Erhalten Sie eine regelmäßige Immunglobulin Therapie?
Yes No	Ja Nein
<b>Q9</b> Do you take immunosuppressive treatment in maintenance?	<b>Q9</b> Nehmen Sie aktuell Immunsuppressiva ein?
Yes, high dose steroids	Ja, hochdosierte Steroide

<p>Yes, other immunosuppressive treatment (eg. Neoral, Sirolimus, Cellcept)</p> <p>Yes, biologicals (eg. anti TNF, anti IL6)</p> <p>No</p> <p>I don't know</p> <p>Other (please specify)</p> <p>Please specify</p>	<p>Ja, andere Immunsuppressiva (z. B. Neoral, Sirolimus, Cellept)</p> <p>Ja, Biologika (z. B. Anti-TNF, Anti-IL-6)</p> <p>Nein</p> <p>Ich weiß es nicht</p> <p>Andere</p> <p>Welche?</p>
<p><b>Q10</b> Did you contract a COVID-19 infection before the vaccination?</p>	<p><b>Q10</b> Haben Sie sich vor der Impfung eine COVID-19 Infektion zugezogen?</p>
<p>No</p> <p>Yes, but asymptomatic (you did not notice any symptoms)</p> <p>Yes, with mild symptoms (symptoms did not prevent you to have your usual daily activities)</p> <p>Yes, with moderate symptoms (symptoms did limit your normal daily activities)</p> <p>Yes, with severe symptoms (symptoms make normal daily activities difficult or impossible)</p>	<p>Nein</p> <p>Ja, aber asymptomatisch (Sie haben keine Symptome festgestellt)</p> <p>Ja, mit milden Symptomen (Sie waren trotz der Symptome nicht in Ihrem Alltag eingeschränkt)</p> <p>Ja, mit moderaten Symptomen (Sie waren in Ihrem Alltag eingeschränkt)</p> <p>Ja, mit starken Symptomen (Sie konnten Ihren Alltag kaum oder schwer oder gar nicht bewältigen)</p>
<p><b>Now let's consider, your vaccination scheme</b></p>	<p><b>Nun kommen wir zum Impfschema</b></p>
<p><b>Q11</b> Were PID patients prioritised for the COVID-19 vaccination in your country?</p>	<p><b>Q11</b> Wurden PID Patienten in Ihrem Land priorisiert behandelt?</p>
<p>Yes from the beginning of the national/regional vaccination programme</p> <p>Yes but later in the national/regional vaccination programme</p> <p>Not at all</p> <p>I don't know</p> <p>Any comment ?</p>	<p>Ja, seit Beginn des nationalen / regionalen Impfprogramms</p> <p>Ja, aber erst später während des nationalen / regionalen Impfprogramms</p> <p>Nein, überhaupt nicht</p> <p>Ich weiß es nicht</p> <p>Weitere Kommentare</p>
<p><b>Q12</b> Did you have the possibility to choose the vaccine you got?</p>	<p><b>Q12</b> Konnten Sie Ihren Impfstoff frei wählen?</p>
<p>Yes</p> <p>No</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p>
<p><b>Q13</b> Please specify which vaccine you have received for the first shot</p>	<p><b>Q13</b> Welchen Impfstoff haben Sie bei der ersten Impfung erhalten?</p>
<p>Pfizer/BioNTech (Comirnaty)</p> <p>Moderna (Moderna Vaccine)</p> <p>AstraZeneca (Covishield, Vaxzevria, ...)</p> <p>Johnson &amp; Johnson/Janssen (COVID-19 Vaccine Janssen)</p> <p>Gamaleya Research Institute (Sputnik V)</p> <p>Novavax</p> <p>I don't know which vaccine I have received</p> <p>Other vaccine. please specify which one</p> <p>Please specify</p>	<p>Pfizer/BioNTech (Comirnaty)</p> <p>Moderna (Moderna Vaccine)</p> <p>AstraZeneca (Covishield, Vaxzevria, ...)</p> <p>Johnson &amp; Johnson/Janssen (COVID-19 Vaccine Janssen)</p> <p>Gamaleya Research Institute (Sputnik V)</p> <p>Novavax</p> <p>Ich weiß nicht, welchen Impfstoff ich erhalten habe</p> <p>Einen anderen Impfstoff</p> <p>Welchen?</p>
<p><b>Q14</b> Please specify which vaccine you have received for the second shot</p>	<p><b>Q14</b> Welchen Impfstoff haben Sie bei der zweiten Impfung erhalten?</p>
<p>Pfizer/BioNTech (Comirnaty)</p> <p>Moderna (Moderna Vaccine)</p> <p>AstraZeneca (Covishield, Vaxzevria, ...)</p>	<p>Pfizer/BioNTech (Comirnaty)</p> <p>Moderna (Moderna Vaccine)</p> <p>AstraZeneca (Covishield, Vaxzevria, ...)</p>

<p>Johnson &amp; Johnson/Janssen (COVID-19 Vaccine Janssen)  Gamaleya Research Institute (Sputnik V)  Novavax  I don't know which vaccine I have received</p> <p>Other vaccine. please specify which one  Please specify</p>	<p>Johnson &amp; Johnson/Janssen (COVID-19 Vaccine Janssen)  Gamaleya Research Institute (Sputnik V)  Novavax  Ich weiß nicht, welchen Impfstoff ich erhalten habe  Einen anderen Impfstoff  Welchen?</p>
<p><b>Q15</b> In very rare cases, patients may have received a third shot, what about you?</p>	<p><b>Q15</b> In sehr seltenen Fällen haben Patienten eine dritte Impfung erhalten. Sie auch?</p>
<p>Pfizer/BioNTech (Comirnaty)  Moderna (Moderna Vaccine)  AstraZeneca (Covishield, Vaxzevria, ...)  Johnson &amp; Johnson/Janssen (COVID-19 Vaccine Janssen)  Gamaleya Research Institute (Sputnik V)  Novavax  I don't know which vaccine I have received  Other vaccine. please specify which one  Please specify</p>	<p>Pfizer/BioNTech (Comirnaty)  Moderna (Moderna Vaccine)  AstraZeneca (Covishield, Vaxzevria, ...)  Johnson &amp; Johnson/Janssen (COVID-19 Vaccine Janssen)  Gamaleya Research Institute (Sputnik V)  Novavax  Ich weiß nicht, welchen Impfstoff ich erhalten habe  Einen anderen Impfstoff  Welchen?</p>
<p><b>Let's consider your feeling about COVID-19 vaccination</b></p>	<p><b>Kommen wir nun zu Ihrem persönlichen Empfinden hinsichtlich der COVID-19 Impfung</b></p>
<p><b>Q16</b> Before receiving -or if not wanting to receive- the first dose of the COVID-19 vaccine, were you hesitating to get vaccinated?</p>	<p><b>Q16</b> Haben Sie vor der ersten Impfdosis gezögert oder zögern Sie (z. B. weil Sie sich nicht impfen lassen wollen)?</p>
<p>Very much  Pretty much  Not much  Not at all  I don't know</p>	<p>Ja, sehr  Ziemlich  Nicht besonders  Überhaupt nicht  Ich weiß es nicht</p>
<p><b>About vaccination hesitancy</b></p>	<p><b>Zur Impfskepsis</b></p>
<p><b>Q17</b> Here are statements from patients when they hesitate or rather don't want to be vaccinated against COVID-19.  For each of them, please state: would you agree much, pretty much, not agree much, not agree at all?</p>	<p><b>Q17</b> Nachfolgend Aussagen von Patienten und Patienten, die wegen der Impfung gezögert haben oder die sich nicht gegen COVID-19 impfen lassen möchten  Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, ob Sie absolut zustimmen, ziemlich zustimmen oder gar nicht zustimmen</p>
<p>I was concerned about long-term side-effects that are yet to be uncovered</p>	<p>Ich befürchte / habe Langzeit-Nebenwirkungen befürchtet, die bisher noch nicht entdeckt wurden</p>
<p>I was not confident in the science behind the vaccines</p>	<p>Ich vertraue / habe der Wissenschaft bezüglich der Impfungen nicht vertraut</p>
<p>I was not sure if the vaccine against COVID-19 would give me a protection given my PID</p>	<p>Ich bin / war nicht sicher, ob mich die Impfung wegen meiner PID schützen würde</p>
<p>I have a history of allergies and am/was afraid of reacting to the vaccine</p>	<p>Ich hatte schon viele Allergien und habe / hatte Angst, allergisch auf den Impfstoff zu reagieren</p>
<p>I have a disease other than my primary immunodeficiency that makes it not possible for me to get vaccinated against COVID-19</p>	<p>Ich habe zusätzlich zu PID Nebenkrankheiten, die eine Impfung gegen COVID-19 nicht möglich machen</p>

I am pregnant or breast feeding and of this reason thought I could not get vaccinated	Ich bin schwanger oder stille und deshalb kann / konnte ich nicht geimpft werden
I am afraid of contracting COVID-19 if I visit my GP/family doctor/PID unit to get vaccinated	Ich habe Angst mich beim Arztbesuch mit COVID-19 anzustecken, wenn ich zur Impfung gehe
I had already contracted COVID-19 and therefore thought I did not need to get vaccinated against COVID-19	Ich war bereits mit COVID-19 infiziert und dachte, ich sollte noch nicht gegen COVID-19 geimpft werden
I do not believe in vaccination against any disease	Ich bin grundsätzlich gegen Impfungen
Relatives advised me not to get vaccinated against COVID-19	Angehörige haben mir geraten, mich nicht gegen COVID-19 impfen zu lassen
My family doctor advised me not to get vaccinated against COVID-19	Mein Hausarzt hat mir geraten, mich nicht gegen COVID-19 impfen zu lassen
My PID specialist advised me not to get vaccinated against COVID-19	Mein PID-Spezialist hat mir geraten, mich nicht gegen COVID-19 impfen zu lassen
My PID specialist advised me to wait for more data on COVID-19 vaccination in PIDs	Mein PID-Spezialist hat mir geraten, zu warten, bis mehr valide Daten über die COVID-19 Impfung und PID vorliegen
Any comment?	Weitere Kommentare
Q18 The survey continues for those who have been vaccinated	Q18 Hier geht die Umfrage weiter, wenn sie bereits geimpft sind
I have been vaccinated	Ich bin geimpft
I have not been	Ich bin nicht geimpft
<b>Let's now consider the possible side effects you may have experienced after vaccination. Side effects can be classified as:</b>  <b>- None = you do not notice any symptoms after the vaccination</b> <b>- Mild = symptoms do not prevent you to have your usual daily activities</b> <b>- Moderate = symptoms limit your normal daily activities</b> <b>- Severe = symptoms make normal daily activities difficult or impossible</b> <b>- Not applicable = You did not receive this shot</b>	<b>Kommen wir nun zu den möglichen Nebenwirkungen der Impfung</b> <b>Nebenwirkungen können eingestuft werden als:</b> <b>Keine = Sie haben überhaupt keine Symptome nach der Impfung</b> <b>Mild = Die Symptome hielten Sie nicht von Ihren üblichen Aktivitäten im Alltag ab</b> <b>Moderat = die Symptome beschränken Ihren normalen Alltag</b> <b>Stark = Die Symptome machen Ihre normalen Aktivitäten im Alltag unmöglich</b> <b>Nicht zutreffend = Sie haben keine Impfung erhalten</b>
Q19 Let's consider the side effects at or near the injection site. Did you experience redness?	Q19 Kommen wir zu den Nebenwirkungen an oder im Bereich der Injektionsstelle. Hatten Sie eine Rötung?
After the 1st shot After the 2nd shot After the 3d shot	Nach der 1. Dosis Nach der 2. Dosis Nach der 3. Dosis
Q20 Let's consider the side effects at or near the injection site. Did you experience local heat?	Q20 Kommen wir zu den Nebenwirkungen an oder im Bereich der Injektionsstelle. Verspürten Sie ein örtliches Brennen?
Q21 At or near the injection site, did you experience swelling?	Q21 An oder oder im Bereich der Injektionsstelle: Hatten Sie eine Schwellung
Q22 At or near the injection site, did you experience itching?	Q22 An oder oder im Bereich der Injektionsstelle: Verspürten Sie einen Juckreiz?
Q23 Let's now consider possible general side effects: did you experience Chills?	Q23 Kommen wir zu den allgemeinen Nebenwirkungen: Hatten Sie Schüttelfrost?



Q24 Did you experience headache?	Q24 Hatten Sie Kopfschmerzen?
Q25 Did you experience joint pain?	Q25 Hatten Sie Gelenkschmerzen?
Q26 Did you experience muscle/body pain?	Q26 Hatten Sie Muskelschmerzen / körperliche Schmerzen
Q27 Did you experience fatigue/tiredness?	Q27 Verspürten Sie Müdigkeit / Fatigue
Q28 Did you experience nausea/vomiting?	Q28 Verspürten Sie Übelkeit?
Q29 Did you experience diarrhea?	Q29 Bekamen Sie Durchfall?
Q30 Did you experience abdominal pain?	Q30 Bekamen sie Bauchschmerzen?
Q31 Did you experience Mouth or throat itching/tingling?	Q31 Verspürten Sie Juckreiz / Kribbeln im Mund?
Q32 When did the most severe general side effect debut, if any?	Q32 Wann begann die stärkste, allgemeine Nebenwirkung ggf. bei Ihnen?
The same day as the vaccination The day after the vaccination 2 days after the vaccination 3 days after the vaccination 4 days or more after the vaccination 5 days after 6 days after 1 week or more after I had no severe general side effects Other (please specify)	Am Tag der Impfung Am Tag nach der Impfung 2 Tage nach der Impfung 3 Tage nach der Impfung 4 Tage nach der Impfung 5 Tage nach der Impfung 6 Tage nach der Impfung 1 Woche danach oder später Ich hatte keine allgemeinen Nebenwirkungen Andere (Bitte nähere Angabe)
Q33 How long did the most severe side effects last?	Q33 Wie lange dauerte die stärkste Nebenwirkung an?
1 day 2 days 3 days 4 days 5 days 6 days A week More than a week (please specify)	1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage 5 Tage 6 Tage 1 Woche Mehr als eine Woche
Q34 What action did you take facing the side effects?	Q34 Was haben Sie gegen die Nebenwirkungen unternommen?
No action taken Self-medication Physician visit Emergency room visit Hospitalization Other (please specify)	Nichts Selbst-Medikation Arztbesuch Notaufnahme Krankenhaus stationär (Bitte nähere Angabe)
Q35 How did your side effects resolve?	Q35 Wodurch haben die Nebenwirkungen aufgehört?
They resolved fully with treatment They self resolved fully with NO treatment I still have generalized symptoms: in that case, please precise how many days after the vaccination	Sie sind durch die Behandlung vergangen Sie sind ohne Behandlung vergangen Ich habe immer noch allgemeine Symptome (in diesem Fall geben Sie bitte an wieviele Tage seit der Impfung bereits vergangen sind)
Q36 Did you have pills for the side effects?	Q36 Haben Sie Tabletten gegen die Nebenwirkung eingenommen?
Yes No	Ja Nein

<p><b>Q37</b> Can you precise which pills you used for the side effects?</p>	<p><b>Q37</b> Können Sie angeben, welche Tabletten Sie gegen die Nebenwirkungen eingenommen haben?</p>
<p>Paracetamol  Anti-inflammatory treatment: non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID)  Steroids  Anti-allergic treatment: H1 antihistaminica (eg. Cetirizine, desloratidine)  Anti-allergic treatment: H2 antihistaminica (eg. Famotidine, cimetidine)  I had pills but don't know/remember about them  Other  Other: please specify</p> <p>Self medication  Prescribed medicine</p>	<p>Paracetamol  Anti-inflammatorische Behandlung: Nicht-steroidale Anti-inflammatorische Medikamente</p> <p>Steroide  Anti-Allergie Behandlung: Steroide  Anti-Allergie Behandlung  H1 Antihistaminika (z. B. Cetirizin, Desloratidin)  H2 Antihistaminica (z. B. Famotidin, Cimetidin)</p> <p>Ich habe Tabletten genommen, weiß aber nicht welche / erinnere mich nicht</p> <p>Andere  Andere: Bitte genauere Angabe</p> <p>Selbst-Medikation  Verschriebene Medikation</p>
<p><b>Q38</b> If you were prescribed injection(s) for the side effects, can you precise which ones?</p>	<p><b>Q38</b> Wenn Ihnen Injektionen für die Nebenwirkungen verschrieben wurden, welche?</p>
<p>I was not prescribed injection(s) for the side effects  Adrenaline/Epinephrine  Steroids  Anti-allergic treatment: (H1 antihistaminica (eg. Cetirizine, desloratidine) - H2 antihistaminica (eg. Famotidine, cimetidine) - ...  Intravenous fluid (ie to maintain blood pressure, ...)  I had injection(s) but don't know about them</p> <p>Other (please specify)</p>	<p>Mir wurden keine Injektionen für die Nebenwirkungen verschrieben  Adrenalin/Epinephrin  Steroide  Anti-Allergie Behandlung (H1 antihistaminica (z. B). Cetirizin, Desloratidine)  H2 Antihistaminica (z. B. Famotidin, Cimetidin)</p> <p>Intravenöse Injektion (z. B. zur Blutdruckstabilisierung, ...)  Ich habe Injektionen erhalten, weiß aber nicht, welche  Andere (Bitte genauere Angabe)</p>
<p><b>Q39</b> Did you get oxigen?</p>	<p><b>Q39</b> Haben Sie Sauerstoff bekommen?</p>
<p>Yes  No  I don't know/I don't remember</p>	<p>Ja  Nein  Ich weiß nicht / Ich erinnere mich nicht</p>
<p><b>Q40</b> Did you get any other treatment?</p>	<p><b>Q40</b> Haben Sie irgendeine andere Behandlung bekommen?</p>
<p>No  Yes  If yes, please specify</p>	<p>Nein  Ja  Wenn ja, bitte genauere Angabe</p>
<p><b>We are now reaching the end of our survey</b></p>	
<p><b>Q41</b> Is there any other comment (other symptoms, health conditions...) you wanted to report?</p>	<p><b>Q41</b> Gibt es irgendetwas, was Sie noch mitteilen möchten (andere Symptome, zum Gesundheitszustand... etc.)?</p>
<p>Thank you so much for completing this survey!</p>	<p>Vielen herzlichen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!</p>

<p>Would you like to get the results of this study, please send us an email aside this form to ask for, and we will share them with you.  To: <a href="mailto:info@IPOPI.org">info@IPOPI.org</a>  Object: Survey on COVID-19 Vaccination hesitancy and side effects</p> <p>Know more about us:  <a href="http://www.IPOPI.org">www.IPOPI.org</a>  <a href="http://www.ESID.org">www.ESID.org</a>  <a href="http://www.INGID.org">www.INGID.org</a></p>	<p>Wenn sie die Studienergebnisse erhalten möchten, senden Sie uns bitte eine E-Mail-Anfrage:  An: <a href="mailto:info@IPOPI.org">info@IPOPI.org</a>  Betreff: Survey on COVID-19 Vaccination hesitancy and side effects</p> <p>Wenn Sie mehr über uns wissen möchten:  <a href="http://www.IPOPI.org">www.IPOPI.org</a>  <a href="http://www.ESID.org">www.ESID.org</a>  <a href="http://www.INGID.org">www.INGID.org</a></p>
<p>Thank you for considering our survey, but:  -we would need your Confidentiality and electronic consent,  -the survey addresses patients with primary immunodeficiency (PID) who are fully vaccinated or who don't want to be vaccinated.</p>	<p>Danke, dass Sie zu unserer Umfrage beigetragen haben, aber:  Wir benötigen Ihre Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung  Die Umfrage richtet sich an Patienten mit PID, die vollständig geimpft sind oder sich nicht impfen lassen möchten.</p>