

# DOKUMENTATION MÖGLICHER NEBENWIRKUNGEN

MOBILES IMPFTEAM/BETRIEBSÄRZTE // 2. Impftermin // Blanko



Rheinland-Pfalz

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Impfnummer .....

Datum der Impfung .....

Wir bitten Sie, alle möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen in den 21 Tagen nach Ihrer Impfung in dieser Übersicht zu dokumentieren.

Bitte senden Sie anschließend die Nebenwirkungskarte postalisch an die: Impfdokumentation Rheinland-Pfalz Postfach 2453 55014 Mainz

Wir bitten Sie, möglicherweise bei Ihnen auftretende Nebenwirkungen in dieser Art in der unten stehenden Tabelle zu dokumentieren.

NEBENWIRKUNG	LOKAL/GENERALISIERT (z.B. Oberarm)	SCHWEREGRAD von 1 = leicht, ... bis 5 = schwer	DATUM AUFTRETEN	DAUER (in Tagen)	NEBENWIRKUNG NOCH ANDAUERND?	BEHANDLUNG NOTWENDIG? ① Einweisung ins Krankenhaus ② Ambulante Behandlung durch Arzt ③ Keine Behandlung	BEMERKUNGEN
Rötung	An der Impfstelle				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schwellung					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
(Leichte) Schmerzen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Fieber	Generalisiert				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Müdigkeit					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kopfschmerzen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Sonstige Nebenwirkungen</b>							
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Keine Nebenwirkungen

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.