

# DOKUMENTATION MÖGLICHER NEBENWIRKUNGEN



Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Impfnummer .....

Datum der Impfung .....

Wir bitten Sie, alle bis zu Ihrem 2. Impftermin möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen Ihrer Impfung in dieser Übersicht zu dokumentieren. Bitte bringen Sie diese Dokumentation zu Ihrem 2. Termin im Impfzentrum mit.

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.