



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					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Schwellung	An der Impfstelle				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
(Leichte) Schmerzen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Fieber					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Müdigkeit	Generalisiert				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kopfschmerzen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstige Nebenwirkungen					<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.