DOKUMENTATION MÖGLICHER NEBENWIRKUNGEN

RheinlandPfalz

QR-Code

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				☐ ja ☐ nein		
Schwellung					☐ ja ☐ nein		
(Leichte) Schmerzen					☐ ja ☐ nein		
Fieber	Generalisiert				☐ ja ☐ nein		
Müdigkeit					☐ ja ☐ nein		
Kopfschmerzen					☐ ja ☐ nein		
Sonstige Nebenwirkungen							
					☐ ja ☐ nein		
					☐ ja ☐ nein		
					☐ ja ☐ nein		
					☐ ja ☐ nein		

☐ **Keine Nebenwirkungen**

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Version 1.5