

DOKUMENTATION MÖGLICHER NEBENWIRKUNGEN

MOBILES IMPFTEAM/BETRIEBSÄRZTE // 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 | | |
| 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

Alternativ können Sie die Nebenwirkungen auch unter impftermin.rlp.de melden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

