

QR-Code

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 mit dem frankierten Rückumschlag an die Impfdokumentation RLP.

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

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

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.