

IMPFDOKUMENTATION

Rheinland-Pfalz



DOKUMENTE IMPFPROZESS MOBILE TEAMS



Übersicht und Nutzung

Version 0.4





INHALT

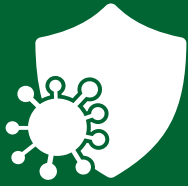
- Laufzettel Termin 1 und 2
 - Aufklärung (nur Termin 1)
 - Impfbestätigung
 - Nebenwirkungskarte (Termin 1 und 2)
- 
- 



LAUFZETTEL

Die Laufzettel werden am Ende des jeweiligen
Impftermins an das Mobile Impfteam ausgehändigt





Laufzettel

1. Stammdaten

2. Kontraindikationen

3. Vorerkrankungen und Medikamente

4. Änderungen Gesundheitszustand

5. Aufklärung/Einwilligung

6. Daten zur Impfung

7. Abbruchdokumentation

8. Dokumentation Nebenwirkungen
(Beobachtung nach Impfung)

9. Dokumentation Check-Out

IMPFDOKUMENTATION RHEINLAND-PFALZ
Mobiles Impfteam/Arztbesuche

Stammdaten

KONTRAINDIKATIONEN

VORERKRANKUNGEN

ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

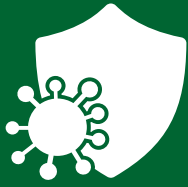
AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG

IMPFUNG

ABBRUCHGRÜNDE

NEBENWIRKUNGEN

CHECK-OUT



Laufzettel Termin 1 – 1. Stammdaten

Version 1.6

0 **Priorität festgestellt** **MA** **BW**

STAMMDATEN

männlich weiblich divers

QR-Code **1**

2 Name/Vorname **4** Terminindikator

2 Geburtsdatum **5** EinrichtungID

3 Impfnummer **6** Datum (Termin 1) **6** Datum (Termin 2)

- 0 Hier muss vermerkt werden, dass die Zugehörigkeit des Impflings zu einer priorisierten Gruppe gegeben ist. Bitte kreuzen Sie hier MA für Mitarbeiter an und BW für Bewohner. In einer älteren Version des Laufzettels sind die Felder für MA und BW noch nicht vorhanden, hier bitte das entsprechende Kürzel händisch eintragen
- 1 Hier muss das Geschlecht des Impflings handschriftlich eingetragen werden
- 2 Personendaten des Impflings, sind beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 3 Impfnummer, für jeden Impfling individuell, ist beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 4 EinrichtungID, ist beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt, um Impfling eindeutig der Einrichtung zuzuordnen
- 5 Hier ist beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt, ob es sich um den 1. oder 2. Termin handelt
- 6 Das Datum der Impftermine muss handschriftlich eingetragen werden



Laufzettel Termin 1 – 2. Kontraindikationen

1

Wenn möglich

KONTRAINDIKATIONEN

2

- Keine
- Fieber
- Geburtsdatum (jünger als 18 Jahre)
- Es liegt eine Schwangerschaft vor
- schwere immunsupprimierende (chronische) Krankheit

3

- innerhalb der letzten 6 Monate eine Chemotherapie erhalten
- in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten
- in den letzten 12 Monaten eine Organtransplantation durchgeführt

1

Hier sind noch einmal alle für die Impfung relevanten Kontraindikationen aufgelistet

2

Liegen keine Kontraindikationen vor, muss dies im entsprechenden Feld „Keine“ dokumentiert werden

3

Sollte eine Kontraindikation vorliegen, kann diese hier entsprechend handschriftlich dokumentiert werden, der Laufzettel ist dann trotzdem dem Mobilen Team auszuhändigen



Laufzettel Termin 1 – 3. Vorerkrankungen/ Medikamente

1

Keine
 schwerwiegende Allergie
 chronische Krankheiten der Atmungsorgane
 Herz-Kreislaufkrankheiten
 chronische Erkrankungen der Leber
 chronische Nierenkrankheiten
 Erkrankungen des Immunsystems
 chronische neurologische Krankheiten
 Stoffwechselkrankheiten
 Adipositas
 Krebserkrankungen
 Rheumatische Erkrankungen

bereits SARS-CoV-2 pos.

VORERKRANKUNGEN

Einnahme Arzneimittel: **2**

Keine
 Immunsuppressiva
 Antivirale Medikamente
 Antibiotika
 Blutverdünner
 Entzündungshemmer (z.B. Cortison)
 Sonstiges

Sind seit der Terminvereinbarung Änderungen bei den Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? **3**

ja nein

Wenn ja, welche? **4**

.....

.....

.....

.....

.....

1

Hier müssen vor dem Impftermin alle beim Impfling vorliegenden Vorerkrankungen vermerkt werden

2

Hier müssen vor dem Impftermin alle beim Impfling eingenommen Medikamente vermerkt werden

3

Der Impfling/die verantwortliche Pflegekraft wird noch einmal gefragt, ob sich hinsichtlich der Vorerkrankungen oder Medikamenteneinnahme seit der erstmaligen Dokumentation auf dem Laufzettel etwas geändert hat. Ist dies der Fall, muss die Änderung unter **4** vermerkt werden. Ebenfalls wird hier dokumentiert, wenn keine Änderungen vorliegen.

4

Sollte eine Änderung bei den Vorerkrankungen/Einnahme von Medikamenten vorliegen, kann diese hier entsprechend handschriftlich dokumentiert werden



Laufzettel Termin 1 – 4. Änderungen Gesundheitszustand

ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der Terminvereinbarung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? ja nein

Wenn ja, welche?

1

1

Es wird noch einmal gefragt, ob sich hinsichtlich der Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln seit der Formulareingabe etwas geändert hat.



Laufzettel Termin 1 – 5. Aufklärung/Einwilligung

AUFKLÄRUNG UND EINWILLIGUNG (durch Impfarzt und Impfling)

Name des Arztes 1	Unterschrift 2
Ich habe die schriftliche Aufklärung im Vorfeld erhalten, verstanden und gelesen.	Unterschrift 3
Ich habe noch Fragen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 4 Wenn ja: Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.	Unterschrift 5
Ich bin mit der Impfung mit dem Impfstoff 7 in zwei Dosen zu den genannten Terminen einverstanden und bestätige, dass alle von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.	Unterschrift 6

- 1** Name des impfenden Arztes, muss handschriftlich eingetragen werden
- 2** Unterschrift des impfenden Arztes
- 3** Der Impfling bestätigt mit seiner Unterschrift die vorgenannte Aussage
- 4** Hier muss angegeben werden ob der Impfling noch Fragen zur Impfung hatte (muss vom Impfling ausgefüllt werden)
- 5** Der Impfling bestätigt mit seiner Unterschrift, dass alle Fragen (wenn vorhanden) beantwortet wurden
- 6** Der Impfling bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er in die Impfung einwilligt sowie dass alle Angaben zu seiner Person der Wahrheit entsprechen. Zudem muss unter **7** der verwendete Impfstoff dokumentiert werden.



Laufzettel Termin 1 – 6. Daten zur Impfung

IMPfung

Impfstoff	1
Chargennummer Impfstoff	2
Zeitpunkt der Impfung (Uhrzeit)	3

1

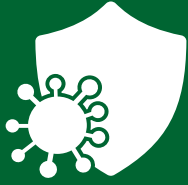
Hier muss der verwendete Impfstoff eingetragen werden

2

Hier wird das Etikett mit der Chargennummer des Impfstoffes aufgeklebt.

3

Hier wird handschriftlich die Uhrzeit der Impfung vermerkt



Laufzettel Termin 1 – 7. Abbruchdokumentation

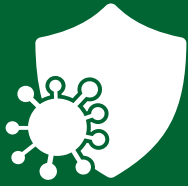
1

ABBRUCHGRÜNDE

- Keine Impfberechtigung (falsche Angaben bei Terminvergabe)
- Medizinische Kontraindikation
- Impfabbruch durch Impfling (z.B. keine Einwilligung unterzeichnet)
- Impfteamseitiger Abbruch
- Nicht-Antreffen
- Sonstiges

1

In diesem Bereich wird dokumentiert, ob ein Abbruch der Impfung notwendig war



Laufzettel Termin 1 – 8. Nebenwirkungen

1 Keine

NEBENWIRKUNGEN

	Art/Beschreibung (z.B. Schmerzen)	Lokal/ Systemisch	Schweregrad (1 = leicht, 5 = schwer)
1	2	3	4
2			
3			

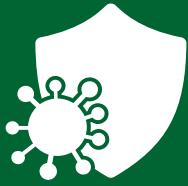
In diesem Bereich muss dokumentiert werden, ob während der Nachbeobachtungszeit Nebenwirkungen beim Impfling aufgetreten sind. Es können maximal 3 Nebenwirkungen dokumentiert werden

1 Ist keine Nebenwirkung aufgetreten, wird dies hier dokumentiert

2 Treten Nebenwirkungen auf, so ist in dieser Spalte die Art der Nebenwirkungen zu dokumentieren (z.B. Schmerzen, Rötung, Taubheit o.Ä.)

3 In dieser Spalte wird dokumentiert, ob die Nebenwirkung lokal (z.B. Einstichstelle) oder systemisch (z.B. den ganzen Körper betreffend) vorliegt

4 In dieser Spalte wird vermerkt, welchen Schweregrad eine mögliche Nebenwirkung aufgewiesen hat (1 = leicht bis 5 = schwer)



Laufzettel Termin 1 – 9. Check-Out

CHECK-OUT

Regulärer Check-Out

ja nein, Grund:

1 **2**

1

In diesem Bereich wird dokumentiert, ob ein regulärer Check-Out des Impflings stattgefunden hat (mindestens 15 min Nachbeobachtung; Einsammeln aller notwendigen Dokumente des Impflings)

2

Ist kein regulärer Check-Out erfolgt, wird dies hier dokumentiert (z.B. medizinische Versorgung im KKH notwendig wegen Nebenwirkungen)



Laufzettel Termin 2

IMPFDOKUMENTATION RHEINLAND-PFALZ
Merkmal: Impfung/Bat.kobac2021

Rheinland-Pfalz

Version 1.0

STAMMDATEN

QR-Code

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Impfnummer: _____

Terminindikator: _____
EinrichtungID: _____
Datum (Termin 1): _____
Datum (Termin 2): _____

Wenn möglich ausfüllen durch (Pflege-/Einrichtungsmittelschen Art)

KONTRAINDIKATIONEN

- Keine
- Fieber
- Geburtsdatum (jünger als 18 Jahre)
- Es liegt eine Schwangerschaft vor
- Schwere immunosupprimierende chronische Krankheit
- Immunität der letzten 6 Monate/aktive Chemotherapie erhalten
- In den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten
- In den letzten 12 Monaten eine Organtransplantation durchgeführt

VORERKRANKUNGEN

Einzelne Arzneimittel:

- Keine
- Immunsuppressiva
- Antineoplastische Medikamente
- Antibiotika
- Blutverdünner
- Entzündungshemmer (z.B. Cortison)
- Sonstige: _____

Keine

- Schwerwiegende Allergie
- chronische Erkrankungen der Atemwege/gerade Atemwegsinfektionen
- chronische Erkrankungen der Leber
- chronische Nierenerkrankungen
- Erkrankungen des Immunsystems
- chronische neurologische Krankheiten
- Stoffwechselerkrankungen
- Adipositas
- Diabetes SIRS-CoV-2 pos.
- Krebserkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen

Abgefragt durch: _____

ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der ersten Impfung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche? _____

BESTÄTIGUNG ANGABEN (durch Impfstoff und Impfstoff)

Name des Arztes: _____ Unterschrift: _____

Ich bestätige, dass alle Angaben zu Vorerkrankungen, Kontraindikationen und Medikamenten der Wahrheit entsprechen.

Unterschrift: _____

IMPFGUNG

Impfstoff: _____

Chargennummer Impfstoff: _____

Zeitpunkt der Impfung (Arzt): _____

ABWICHLUNGEN

- Keine Impfbereitschaft (siehe Angaben bei Terminvorgabe)
- Medizinische Kontraindikation
- Impfbereich durch Impfung (z.B. keine Impfung unterzeichnet)
- Impfbereich durch Abbruch
- Nicht Anstoßen
- Sonstige: _____

NEBENWIRKUNGEN

Artbeschreibung (z.B. Schmerzen)	lokal Systemisch	Schweregrad (1 = leicht, 5 = schwer)
①		
②		
③		

CHECK-OUT

Registrierer Check-Out

ja kein Grund: _____

- Im folgenden werden nur die Punkte skizziert, in denen sich die Dokumentation auf dem Laufzettel von der des 1. Impftermins unterscheidet

1. Kontraindikationen und Vorerkrankungen/Medikamente

2. Bestätigung Angaben



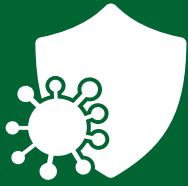
Laufzettel Termin 2

ABFRAGE ÄNDERUNGEN GESUNDHEITZUSTAND

Sind seit der ersten Impfung Änderungen bei den Kontraindikationen, Vorerkrankungen oder der Einnahme von Arzneimitteln aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche?

1. Kontraindikationen und Vorerkrankungen/Arzneimittel

Bei der Erhebung der Kontraindikationen und Vorerkrankungen ändert sich lediglich der Zeitraum für die Abfrage möglicher Änderungen – es wird gefragt, ob sich Änderungen seit dem 1. Impftermin ergeben haben



Laufzettel Termin 2

BESTÄTIGUNG ANGABEN (durch Impfarzt und Impfling)

Name des Arztes

Ich bestätige, dass alle Angaben zu Vorerkrankungen, Kontraindikationen und Medikamenten der Wahrheit entsprechen.

2. Bestätigung Angaben

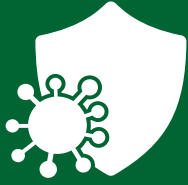
Im vorherigen Feld „Aufklärung und Einwilligung“ ist nun nur noch der Name und die Unterschrift des Arztes zu dokumentieren, weiterhin wird bestätigt, dass alle von ihm gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen



AUFKLÄRUNG

Der Aufklärungsbogen wird am 1. Impftermin dem
Mobilen Impfteam ausgehändigt





Aufklärung



AUFKLÄRUNGSBOGEN Mobiles Impfteam/Betriebsärzte

Zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoffen –

QR-Code

Ausgabe 1 Version 002 / Stand 22. Dezember 2020 (dieser Aufklärungsbogen wird laufend aktualisiert)

Name der zu impfenden Person

Geburtsdatum

WAS IST COVID-19?

Coronaviren sind seit Jahrzehnten bekannt. Seit dem Jahreswechsel 2019/2020 zirkuliert weltweit ein neuartiges Coronavirus, das SARS-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), welches der Erreger der Krankheit COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) ist. Zu den häufigen Krankheitszeichen von COVID-19 zählen trockener Husten, Fieber (über 38 °C), Atemnot sowie ein vorübergehender Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes. Auch ein allgemeines Krankheitsgefühl mit Kopf- und Gliederschmerzen, Halsschmerzen und Schnupfen werden beschrieben. Seltener berichten Patienten über Magen-Darm-Beschwerden, Bindehautentzündung und Lymphknotenschwellungen. Folgeschäden am Nerven- oder Herz-Kreislaufsystem sowie langanhaltende Krankheitsverläufe sind möglich. Obwohl ein milder Verlauf der Krankheit häufig ist und die meisten Erkrankten vollständig genesen, sind schwere Verläufe mit Lungentzündung, die über ein Lungensagen zum Tod führen können, gefürchtet. Neben dem Vermeiden einer Infektion durch Beachtung der AHA + A + I-Regeln (Abstand halten, Hygiene beachten, Alltagsmaske tragen, Corona-Warn-App herunterladen, regelmäßig lüften) bietet die Impfung den bestmöglichen Schutz vor einer Erkrankung.

UM WELCHEN IMPFSTOFF HANDELT ES SICH?

Der hier besprochene mRNA-COVID-19-Impfstoff (Comirnaty®) ist ein gentechnisch hergestellter Impfstoff, der auf einer neuartigen Technologie beruht. Weitere mRNA-Impfstoffe werden geprüft, sind aber derzeit noch nicht zugelassen. mRNA (Boten-RNA oder messenger Ribonukleinsäure) ist die „Bauanleitung“ für jedes einzelne Eiweiß des Körpers und ist nicht mit der menschlichen Erbinformation – der DNA – zu verwechseln. Im mRNA-Impfstoff gegen COVID-19 ist eine „Bauanleitung“ für einen einzigen Baustein des Virus (das sogenannte Spikeprotein) enthalten. Dieses Spikeprotein ist für sich alleine harmlos. Der Impfstoff ist somit nicht infektiös. Die im Impfstoff enthaltene mRNA wird nicht ins menschliche Erbgut eingebaut, sondern im Körper nach einigen Tagen abgebaut. Dann wird auch kein Virusprotein mehr hergestellt. Die nach der Impfung vom eigenen Körper (in Muskelzellen an der Impfstelle und in bestimmten Abwehrzellen) gebildeten Spikeproteine werden vom Immunsystem als Fremdeiweiße erkannt, dadurch werden spezifische Abwehrzellen aktiviert: es werden Antikörper gegen das Virus sowie Abwehrzellen gebildet. So entsteht eine schützende Immunantwort. Für einen ausreichenden Impfschutz muss der Impfstoff zweimal im Abstand von 3 Wochen verabreicht werden. Dabei wird der Impfstoff in den Oberarmmuskel gespritzt.

WIE WIRKSAM IST DIE IMPFUNG?


Der ausreichende Impfschutz beginnt 7 Tage nach der 2. Impfung. Nach derzeitigem Kenntnisstand sind etwa 95 von 100 geimpften Personen vor einer Erkrankung geschützt. Wie lange dieser Schutz anhält, ist derzeit noch nicht bekannt. Da der Schutz nicht sofort nach der Impfung ein-

- Auf der ersten Seite des Aufklärungsbogen sind Name des Impflings und Geburtsdatum beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt



Aufklärung

- Auf der letzten Seite des Aufklärungsbogens
 - 1 • muss dokumentiert werden, ob es noch Fragen gab
 - muss der Impfling bestätigen,
 - 2 dass die schriftliche Aufklärung verstanden und gelesen wurde
 - 3 dass etwaige Fragen beantwortet wurden
 - 4 Der impfende Arzt muss seine Kontaktdaten auf der Aufklärung angeben sowie eine Unterschrift leisten

 Rheinland-Pfalz

Übelkeit und Rötung der Einstichstelle auf. Gelegentlich (zwischen 0,1 % und 1 %) traten Lymphknotenschwellungen, Schlaflosigkeit, Schmerzen in Arm oder Bein, Unwohlsein und Juckreiz an der Einstichstelle auf. Die meisten Reaktionen sind bei älteren Personen etwas seltener als bei jüngeren Personen zu beobachten. Die Impfreaktionen sind zumeist mild oder mäßig ausgeprägt und treten etwas häufiger nach der zweiten Impfung auf.

SIND IMPFKOMPLIKATIONEN MÖGLICH?
Impfkomplikationen sind über das normale Maß einer Impfreaktion hinausgehende Folgen der Impfung, die den Gesundheitszustand der geimpften Person deutlich belasten. In den umfangreichen klinischen Prüfungen vor der Zulassung wurden nach Gabe des hier besprochenen mRNA-Impfstoffes (Comirnaty®) 4 Fälle (zwischen 0,1 % und 0,01 %) von akuter Gesichtslähmung beobachtet. Ob diese im ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung stehen, wird weiter untersucht. Weitere schwerwiegende Komplikationen wurden in den klinischen Studien nicht beobachtet. Seit Einführung der Impfung wurden in sehr seltenen Fällen Überempfindlichkeitsreaktionen berichtet. Diese traten kurz nach der Impfung auf und mussten ärztlich behandelt werden. Grundsätzlich können – wie bei allen Impfstoffen – andere Komplikationen nicht ausgeschlossen werden. Wenn nach einer Impfung Symptome auftreten, welche die oben genannten schnell vorübergehenden Lokal- und Allgemeinreaktionen überschreiten, steht Ihnen Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt selbstverständlich zur Beratung zur Verfügung. Bei schweren Beeinträchtigungen begeben Sie sich bitte umgehend in ärztliche Behandlung.

Sollten Sie über diese schriftlichen Informationen hinaus Fragen haben, steht Ihnen die Impfärztin oder der Impfarzt zur Verfügung.

Ich habe die schriftliche Aufklärung im Vorfeld erhalten, verstanden und gelesen. **2**

Ort, Datum
Unterschrift der zu impfenden Person (bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Ich habe noch Fragen, ja / nein **1**
Wenn ja: Alle meine Fragen wurden ausreichend beantwortet. **3**

Ort, Datum
Unterschrift der zu impfenden Person (bzw. des gesetzlichen Vertreters)

DATEN DES ARZTES

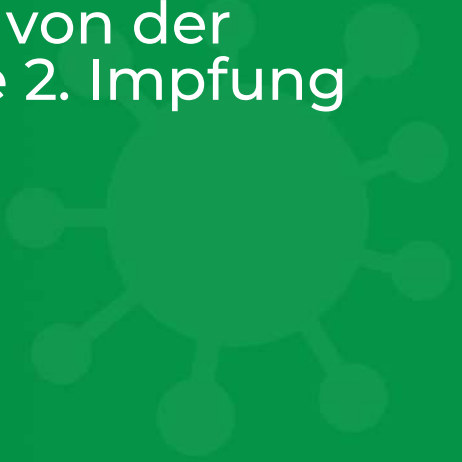

Titel Vorname Name
Straße Hausnummer
PLZ Ort
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

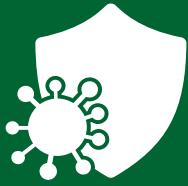
Dieser Aufklärungsbogen entspricht der 1. Auflage des Aufklärungsbogens des Robert-Koch-Instituts und wird laufend aktualisiert.




IMPFBESTÄTIGUNG

Die Impfbestätigung wird dem Impfling nach der 1. Impfung ausgehändigt und muss beim 2. Impftermin von der Einrichtung vorgehalten werden, damit auch die 2. Impfung dokumentiert werden kann





Impfbestätigung

 EINLEGEBLATT FÜR DEN IMPFAUSWEIS

Ausgestellt für
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____ 1
Straße _____
PLZ/Ort _____

Datum	Handelsname und Chargennummer des Impfstoffes (Vignette)	SARS-CoV-2	Unterschrift und Stempel des Arztes
_____	_____	_____	_____
_____	_____ 3	_____ 4	_____ 5

- 1 Personendaten des Impflings, sind beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 2 Es ist handschriftlich das Datum der 1. und 2. Impfung einzutragen
- 3 Es sind Handelsname und Chargennummer des Impfstoffs zu vermerken
- 4 Es wird ein handschriftlich ein Kreuz eingezeichnet
- 5 Der impfende Arzt bestätigt mit einem Stempel und seiner Unterschrift die Impfung



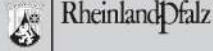
NEBENWIRKUNGSKARTE

Die Nebenwirkungskarte Termin 1 wird dem Mobilten Impfteam beim 2. Termin ausgehändigt, die Nebenwirkungskarte Termin 2 wird 21 Tage nach der 2. Impfung der Impfdokumentation RLP postalisch zugesendet





Nebenwirkungskarte Termin 1

DOKUMENTATION MÖGLICHER NEBENWIRKUNGEN 

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.

Wir bitten Sie, möglicherweise bei Ihnen auftretende Nebenwirkungen in dieser Art in der unten stehenden Tabelle zu dokumentieren.

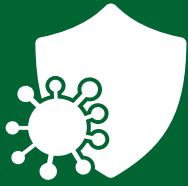
NEBENWIRKUNG	LOKAL/GENERALISIERT (z.B. Oberarm)	SCHWEREGRAD von 1 = leicht, ... bis 5 = schwer	DATUM AUFTRETEN	DAUER (in Tagen)	NEBENWIRKUNG NOCH ANDAUERND?	BEHANDLUNG NOTWENDIG? ① Einweisung ins Krankenhaus ② Ambulante Behandlung durch Arzt ③ Keine Behandlung	BEMERKUNGEN
Rötung	An der Impfstelle				<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		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Keine Nebenwirkungen


Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Version 1.1

- 1 Personendaten und Impfnummer des Impflings, sind beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 2 Datum der 1. Impfung, muss handschriftlich eingetragen werden
- 3 In der Tabelle müssen alle Nebenwirkungen, die im Zeitraum zwischen dem 1. und 2. Impftermin auftreten, dokumentiert werden.
- 4 Sollten keine Nebenwirkungen aufgetreten sein, muss dies ebenfalls dokumentiert werden



Nebenwirkungskarte Termin 2

DOKUMENTATION MÖGLICHER NEBENWIRKUNGEN 

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				<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		
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Keine Nebenwirkungen

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Version 1.5

- 1 Personendaten und Impfnummer des Impflings, sind beim Ausdruck der vorgefertigten PDF vorausgefüllt
- 2 Datum der 2. Impfung, muss handschriftlich eingetragen werden
- 3 In der Tabelle müssen alle Nebenwirkungen, die im Zeitraum von 21 Tagen nach dem 1. Impftermin auftreten, dokumentiert werden
- 4 Sollten keine Nebenwirkungen aufgetreten sein, muss dies ebenfalls dokumentiert werden