



NETZWERK IMPFENTSCHEID

Gassa suto 35
7013 Domat/Ems
081 633 122 6
impfentscheid.ch
PC 85-605923-9

Beobachtungen und Reaktionen nach Impfungen

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Tel. _____

Adresse _____

War das Kind bisher gesund? Ja Nein Falls nein, welche Beschwerden hatte es?

Welche Impfung hat Ihr Kind heute erhalten? (bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Starrkrampf (Tetanus) | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Keuchusten (Pertussis) | <input type="checkbox"/> Mumps (Ziegenpeter) | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Poliomyelitis) | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Zeckenstich (FSME) |
| <input type="checkbox"/> Hib (Hämophilus influenzae b) | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Pneumokokken |

Beobachtungen während 35 Tagen nach der Impfung

- | | |
|--|--|
| A Impfstelle gerötet (1), verhärtet (2), schmerzhaft (3) | K Erbrechen |
| B Erhöhte Körpertemperatur | L Hautreizungen |
| C Vermehrtes Weinen (1), unruhig (2), unzufrieden (3) | M Wesensveränderungen |
| D Plötzliches Aufschreien (1), schrilles Schreien (2) | N Kalter Schweiß Füsse (1), Hände (2) |
| E Vermehrtes Schlafbedürfnis (1), schlecht weckbar (2) | O Stuhlveränderungen (1), Durchfall (2) |
| F Einschlafschwierigkeiten (1), nächtliches Aufwachen (2) | P Lymphknotenschwellungen |
| G Appetitlosigkeit | Q Lähmungserscheinungen (1),
Zuckungen (2) Krämpfe (3) |
| H Stillschwierigkeiten (1), brustscheu (2) | R Atmungsunregelmässigkeiten |
| I Interesselosigkeit | S Erkältungen/Infekte |
| J Speichelfluss, fehlende Schluckreaktion | T Bettnässen |

Bitte tragen Sie die Beobachtungen mit den entsprechenden Buchstaben und Zahlen in den folgenden Tabellen ein. Lassen Sie das Kind wenn Sie wirklich impfen lassen wollen, nur vormittags impfen (Tagesrestbeobachtungen!). Verwenden Sie für jede Impfung ein neues Formular.

	08.00 bis 20.00	20.00 bis 08.00
1.Tag		
2.Tag		
3.Tag		
4.Tag		
5.Tag		
6.Tag		
7.Tag		
8.Tag		
9.Tag		
10.Tag		
11.Tag		
12.Tag		
13.Tag		
14.Tag		
15.Tag		
16.Tag		
17.Tag		

	08.00 bis 20.00	20.00 bis 08.00
18.Tag		
19.Tag		
20.Tag		
21.Tag		
22.Tag		
23.Tag		
24.Tag		
25.Tag		
26.Tag		
27.Tag		
28.Tag		
29.Tag		
30.Tag		
31.Tag		
32.Tag		
33.Tag		
34.Tag		
35.Tag		

Wurden Sie vom Arzt vor der Impfung eingehend über die Nebenwirkungen der Impfungen aufgeklärt?

Ja Nein Falls nein, warum nicht?

Wurde Ihr Kind vor den Impfungen auf den Gesundheitszustand untersucht und als gesund befunden?

Ja Nein Falls nein, warum nicht?

Bitte senden Sie uns eine Kopie dieses Formulars zu. Mit einer weiteren Kopie sprechen Sie bei Ihrem impfenden Arzt vor und verlangen Sie nachdrücklich, dass eine Impfnebenwirkungsmeldung an die zuständige Stelle gemacht wird. Verlangen Sie diesbezüglich eine Kopie. Geben Sie das Original dieses Formulars nie aus den Händen.