

Protokoll Verdachtsfall Impfreaktion/Impfschaden - Nummer: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Körperbau: normal adipös untergewichtig

Vorerkrankungen:

1. Impfung am _____ Vakzin der Firma: _____ Chargennummer: _____

2. Impfung am _____ Vakzin der Firma: _____ Chargennummer: _____

3. Impfung am _____ Vakzin der Firma: _____ Chargennummer: _____

Verlauf: (mit Symptomen, Datum, Uhrzeit, Befunden, therapeutische Maßnahmen,)

Der Patient ist mit der Veröffentlichung seiner persönlichen Daten einverstanden:

Name, Datum und Unterschrift des Patienten

Name, Datum, Stempel und Unterschrift des protokollierenden Arztes