

# Beobachtungen und Reaktionen nach Impfungen



Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

War das Kind bisher gesund? ja  nein  **Wenn nein, welche Beschwerden hatte es?**

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

- |  |  |                                      |  |
|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie                    | <input type="checkbox"/> HIB-Meningitis (Hämophilus influenza) | <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Grippe            |
| <input type="checkbox"/> Starrkrampf (Tetanus)         | <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG)                     | <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Zeckenbiss (FSME) |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis)       | <input type="checkbox"/> Masern                                | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Pneumokokken      |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung (Poliomyelitis) | <input type="checkbox"/> Mumps                                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> _____             |

## Beobachtungen während 35 Tagen nach dem Impftag

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

Bitte tragen Sie die Beobachtungen mit den entsprechenden Buchstaben und Zahlen in den folgenden Tabellen ein. Lassen Sie das Kind nur vormittags impfen (Tageserstbeobachtungen). Verwenden Sie für jede Impfung ein neues Formular.

## Impfdatum und Uhrzeit

Impftag	von 8.00 bis 20.00	von 20.00 bis 8.00	von 8.00 bis 20.00	von 20.00 bis 8.00
			19. Tag	
2. Tag			20. Tag	
3. Tag			21. Tag	
4. Tag			22. Tag	
5. Tag			23. Tag	
6. Tag			24. Tag	
7. Tag			25. Tag	
8. Tag			26. Tag	
9. Tag			27. Tag	
10. Tag			28. Tag	
11. Tag			29. Tag	
12. Tag			30. Tag	
13. Tag			31. Tag	
14. Tag			32. Tag	
15. Tag			33. Tag	
16. Tag			34. Tag	
17. Tag			35. Tag	
18. Tag			36. Tag	

Weitere Bemerkungen: