

VON DER PATIENTIN AUSZUFÜLLEN UND AN DEN GYNÄKOLOGEN / DIE GYNÄKOLOGIN ZU RETOURNIEREN

IMPfung

Art des Impfstoffs?	<input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech) <input type="checkbox"/> SONSTIGE:
---------------------	--

Datum der 1. Dosis (Tag/Monat/Jahr)
--------------------	------------------------

Datum der 2. Dosis (Tag/Monat/Jahr)
--------------------	------------------------

NEBENWIRKUNGEN nach der 1. Injektion

Lokale Reaktion(en) nach der 1. Injektion?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> WEISS NICHT
--	--

<ul style="list-style-type: none"> Wenn ja, welche lokale(n) Reaktion(en)? 	<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Schwellung/Ödem <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Sonstige
---	--

Wenn Sonstige: bitte genauer angeben
--------------------------------------	-------

<ul style="list-style-type: none"> Wann? 	<input type="checkbox"/> Innerhalb der ersten 7 Tage nach der 1. Injektion <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der 1. Injektion <input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der 1. Injektion <input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der 1. Injektion <input type="checkbox"/> Weiss nicht
---	---

Systemische Reaktion(en) nach der 1. Injektion?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> WEISS NICHT
---	--

<ul style="list-style-type: none"> Wenn ja, welche systemische(n) Reaktion(en)? 	<input type="checkbox"/> Fieber ($\geq 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> Sonstige
--	--

Wenn Sonstige: bitte genauer angeben
--------------------------------------	-------

<ul style="list-style-type: none"> Wann? 	<input type="checkbox"/> Innerhalb der ersten 7 Tage nach der 1. Injektion <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der 1. Injektion <input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der 1. Injektion <input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der 1. Injektion <input type="checkbox"/> Weiss nicht
---	---

SCHWERE Nebenwirkung(en) nach der 1. Injektion?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> WEISS NICHT
---	--

<ul style="list-style-type: none"> Wenn ja, welche(s) schwere(n) Ereignis(se)? 	<input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt, evtl. bedingt durch die Impfung <input type="checkbox"/> Einweisung auf die Intensivstation, evtl. bedingt durch die Impfung <input type="checkbox"/> Anaphylaktischer Schock <input type="checkbox"/> Sonstige schwerwiegende Ereignisse
---	---

Wenn Sonstige: bitte genauer angeben
--------------------------------------	-------------------------

<ul style="list-style-type: none"> Wann? 	<input type="radio"/> Innerhalb der ersten 7 Tage nach der 1. Injektion <input type="radio"/> 8 bis 14 Tage nach der 1. Injektion <input type="radio"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der 1. Injektion <input type="radio"/> > 1 Monat nach der 1. Injektion <input type="radio"/> Weiss nicht
---	--

NEBENWIRKUNGEN nach der 2. Injektion

Lokale Reaktion(en) nach der 2. Injektion?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT	
<ul style="list-style-type: none"> Wenn ja, welche lokale(n) Reaktion(en)? 		<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Schwellung/Ödem	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Sonstige
Wenn Sonstige: bitte genauer angeben				
<ul style="list-style-type: none"> Wann? 		<input type="checkbox"/> Innerhalb der ersten 7 Tage nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> Weiss nicht			
Systemische Reaktion(en) nach der 2. Injektion?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT	
<ul style="list-style-type: none"> Wenn ja, welche systemische(n) Reaktion(en)? 		<input type="checkbox"/> Fieber ($\geq 38\text{ °C}$)	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schüttelfrost
		<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen
		<input type="checkbox"/> Sonstige			
Wenn Sonstige: bitte genauer angeben				
<ul style="list-style-type: none"> Wann? 		<input type="checkbox"/> Innerhalb der ersten 7 Tage nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> Weiss nicht			
SCHWERE Nebenwirkung(en) nach der 2. Injektion?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT	
<ul style="list-style-type: none"> Wenn ja, welche(s) schwere(n) Ereignis(se)? 		<input type="checkbox"/> Spitalaufenthalt, evtl. bedingt durch die Impfung <input type="checkbox"/> Einweisung auf die Intensivstation, evtl. bedingt durch die Impfung <input type="checkbox"/> Anaphylaktischer Schock <input type="checkbox"/> Sonstige schwerwiegende Ereignisse			
Wenn Sonstige: bitte genauer angeben				
<ul style="list-style-type: none"> Wann? 		<input type="checkbox"/> Innerhalb der ersten 7 Tage nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der 2. Injektion <input type="checkbox"/> Weiss nicht			
Eventuell DURCHGEFÜHRTER COVID-19-TEST					
<ul style="list-style-type: none"> Möglicherweise hatten Sie trotz des Impfstoffs (1. oder 2. Dosis) COVID-19-Symptome. In diesem Fall wird ein COVID-Test empfohlen: 		Datum: Ergebnis:			
<p>PATIENTIN: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten zum Ausgang meiner Schwangerschaft sowie zu einer möglichen Infektion für Forschungszwecke mit dem Ziel, die Betreuung schwangerer Patientinnen zu verbessern, verwendet werden können.</p>					
Nachname:		Vorname:			
Geburtsdatum:		Unterschrift:			