

# VON DER PATIENTIN AUSZUFÜLLEN UND DEM PRÜFARZT ZU ÜBERGEBEN

## VOR DER IMPFUNG

Wurden Sie <b>positiv</b> auf SARS-CoV-2 getestet?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
Wenn ja, welcher Test?	<input type="checkbox"/> PCR nasopharyngeal	<input type="checkbox"/> Test Antigene	<input type="checkbox"/> Serologie <input type="checkbox"/> WEISS NICHT
Datum des Tests : ..... (Tag/Monat/Jahr)			
Welche Symptome haben Sie festgestellt ?	<input type="checkbox"/> KEINE <input type="checkbox"/> Fieber : <38 / 38-39 / >39 °C <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Dyspnoe / Kurzer Atem <input type="checkbox"/> Halsweh <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen <input type="checkbox"/> Schleim mit Husten <input type="checkbox"/> Geschmackverlust /Geruch <input type="checkbox"/> Andere : .....	
Wurden Sie infolge COVID-19 ins Krankenhaus eingeliefert?	<input type="checkbox"/> JA In welches Krankenhaus ? <input type="checkbox"/> NEIN .....	Haben Sie Sauerstoff bekommen ?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

## IMPfung – INJEKTION N°1

Welche Sorte von Impfung ?	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/> Andere : .....
Datum der ersten Impfung ..... (Tag/Monat/Jahr)			
• Körperteil der Impfung	<input type="checkbox"/> Rechter Arm	<input type="checkbox"/> Linker Arm	<input type="checkbox"/> Andere : .....
• Ort der Impfung	<input type="checkbox"/> Gynekologe/Hebamme (Privatpraxis) <input type="checkbox"/> Gynekologe/Hebamme (Krankenhaus) <input type="checkbox"/> Impfprogramm auf dem Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Impfzentrum <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Apotheke	
• Haben Sie am Tag der Impfung Fiebermittel eingenommen? (Dafalgan, Ibuprofen...)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT
Lokale Reaktion ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> WEISS NICHT			
• Wenn ja, lokale Reaktion ?	<input type="checkbox"/> Schwellungen/Ödeme <input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Hematome	<input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Einhärtung <input type="checkbox"/> Andere.....
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der ersten Injektion? <input type="checkbox"/> <b>8 bis 14 Tage</b> nach der ersten Injektion <input type="checkbox"/> <b>15 Tage bis 1 Monat</b> nach der ersten Injektion	<input type="checkbox"/> <b>&gt; 1 Monat nach der ersten Injek.</b> <input type="checkbox"/> Weiss nicht	
Systemische Reaktion? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> WEISS NICHT			
• Wenn Ja, welche systemische Reaktion?	<input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Schüttelfrost <input type="checkbox"/> Übelkeit <input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Fieber (>= 38°C) <input type="checkbox"/> Erbrechen <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/> Unbehagen	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> Andere : .....
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der ersten Injektion? <input type="checkbox"/> <b>8 bis 14 Tage</b> nach der ersten Injektion <input type="checkbox"/> <b>15 Tage bis 1 Monat</b> nach der ersten Injektion	<input type="checkbox"/> <b>&gt; 1 Monat nach der ersten Injek.</b> <input type="checkbox"/> Weiss nicht	
Schwere Nebenwirkungen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> WEISS NICHT			
• Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt infolge COVID-19 Impfung <input type="checkbox"/> Aufnahme von Müttern auf der Intensivstation <input type="checkbox"/> Anaphylaktischer Choc <input type="checkbox"/> Andere : .....		
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der ersten Injektion? <input type="checkbox"/> <b>8 bis 14 Tage</b> nach der ersten Injektion <input type="checkbox"/> <b>15 Tage bis 1 Monat</b> nach der ersten Injektion	<input type="checkbox"/> <b>&gt; 1 Monat nach der ersten Injek.</b> <input type="checkbox"/> Weiss nicht	

## IMPfung – INJEKTION N°2

<b>Datum der zweiten Impfung</b> .....				
(Tag/Monat/Jahr)				
• Körperteil der Impfung	<input type="checkbox"/> Rechter Arm	<input type="checkbox"/> Linker Arm	<input type="checkbox"/> Andere : .....	
• Ort der Impfung	<input type="checkbox"/> Gynekologe/Hebamme (Privatpraxis)	<input type="checkbox"/> Impfzentrum		
	<input type="checkbox"/> Gynekologe/Hebamme (Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> Hausarzt		
	<input type="checkbox"/> Impfprogramm auf dem Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Apotheke		
• Haben Sie am Tag der Impfung Fiebermittel eingenommen? (Dafalgan, Ibuprofen...)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT	
Lokale Reaktion nach der zweiten Injektion ?				
• Wenn ja, lokale Reaktion ?	<input type="checkbox"/> Schwellungen/Ödeme	<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Einhärtung
	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Hématome	<input type="checkbox"/> Wärme	<input type="checkbox"/> Andere .....
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der zweiten Injektion?		<input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der ersten Injektion	
	<input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der zweiten Injektion		<input type="checkbox"/> Weiss nicht	
	<input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der zweiten Injektion			
Systemische Reaktion nach der zweiten Injektion?				
• Wenn ja, welche systemische Reaktion?	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Fieber (>= 38°C)	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	
	<input type="checkbox"/> Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	
	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen		
	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Unbehagen	<input type="checkbox"/> Andere : .....	
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der zweiten Injektion?		<input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der ersten Injek.	
	<input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der zweiten Injektion		<input type="checkbox"/> Weiss nicht	
	<input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der zweiten Injektion			
Schwere Nebenwirkungen nach der zweiten Injektion?				
• Wenn ja, welche ?	<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt infolge COVID-19 Impfung			
	<input type="checkbox"/> Aufnahme von Müttern auf der Intensivstation			
	<input type="checkbox"/> Anaphylaktischer Choc			
	<input type="checkbox"/> Andere : .....			
• Wann ?	<input type="checkbox"/> die ersten 7 Tage nach der zweiten Injektion?		<input type="checkbox"/> > 1 Monat nach der ersten Injek.	
	<input type="checkbox"/> 8 bis 14 Tage nach der zweiten Injektion		<input type="checkbox"/> Weiss nicht	
	<input type="checkbox"/> 15 Tage bis 1 Monat nach der zweiten Injektion			

## EVENTUELLER COVID-19 TEST NACH DER IMPFUNG

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trotz der Impfung (1. oder 2. Dosis) haben Sie vielleicht <b>Symptome von COVID-19</b> gehabt</li> <li>• In diesem Fall, ein COVID Test ist empfohlen</li> </ul>	<b>Datum des Auftretens der Symptome</b> ..... <b>Datum des Tests :</b> .....	<b>Welcher Test ?</b> <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Test Antigene <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<b>Resultat :</b> <input type="checkbox"/> POSITIV <input type="checkbox"/> NEGATIV <input type="checkbox"/> Weiss nicht												
	Welche Symptome haben Sie festgestellt ? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> KEINE</td> <td><input type="checkbox"/> Müdigkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fieber : &lt;38 / 38-39 / &gt;39 °C</td> <td><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Husten</td> <td><input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dyspnoe / Kurzen Atem</td> <td><input type="checkbox"/> Schleim mit Husten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Halsweh</td> <td><input type="checkbox"/> Geschmackverlust /Geruch</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muskelschmerzen</td> <td><input type="checkbox"/> Andere : .....</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> KEINE	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Fieber : <38 / 38-39 / >39 °C	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Dyspnoe / Kurzen Atem	<input type="checkbox"/> Schleim mit Husten	<input type="checkbox"/> Halsweh	<input type="checkbox"/> Geschmackverlust /Geruch	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/> KEINE	<input type="checkbox"/> Müdigkeit														
<input type="checkbox"/> Fieber : <38 / 38-39 / >39 °C	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen														
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen														
<input type="checkbox"/> Dyspnoe / Kurzen Atem	<input type="checkbox"/> Schleim mit Husten														
<input type="checkbox"/> Halsweh	<input type="checkbox"/> Geschmackverlust /Geruch														
<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Andere : .....														

**PATIENTIN** Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten, sowohl die über den Ausgang meiner Schwangerschaft als auch die über eine mögliche Infektion, zu Forschungszwecken verwendet werden können, um die Versorgung schwangerer Patientinnen zu verbessern.

**NAME :** \_\_\_\_\_ **VORNAME :** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum :** \_\_\_\_\_ **Unterschrift :** \_\_\_\_\_