



Ärztliche Bescheinigung Dokumentation Schaden und Impfstoff

Von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt auszufüllen

01. Gesuchsteller/in (geschädigte Person)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

02. Informationen zur verdächtigten Impfung, zum Impfstoff und zum Schaden

Name des Impfstoffs	
Lot-Nr.	
Datum der Impfung	
Applikationsmodus und -ort	

In welchem Rahmen wurde die Indikation für die Impfung gestellt (Routineimpfung, Reiseimpfung, Beruf)?

--

Andere zeitgleich oder zeitnah verabreichte Impfstoffe (oder Kopie des Impfausweises):

Arzneimittel, welche im Zeitraum um die Impfung/den Beschwerdebeginn eingesetzt wurden:

--



Gab es Anzeichen für eine akute Erkrankung im Zeitraum vor der Impfung?

Ja Nein

Datum des Auftretens der ersten Beschwerden	
---	--

Beschreibung der Beschwerden (Symptome, klinische Zeichen, Diagnose, klinischer Verlauf):
Bei Bedarf Zusatzblatt verwenden.

--

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (evtl. Kopien der relevanten Ergebnisse beilegen)?
Bei Bedarf Zusatzblatt verwenden.

--

Folgen des Schadens:

Tod

lebensbedrohende Situation

Hospitalisation Dauer:

bleibende Schädigung oder Behinderung

vorübergehend schwer beeinträchtigt

ohne Schaden erholt

noch nicht erholt

anderes:



03. Frühere Impfungen und eventuelle Impfreaktionen

Welche Impfungen hat die Person im bisherigen Leben erhalten (oder Kopie des Impfausweises)?

Name des Impfstoffs	Datum der Impfung

Hat die Person nach vorherigen Impfungen bereits unerwünschte Erscheinungen gehabt?
Wenn ja, welche?

04. Weitere klinische Informationen

Krankengeschichte vor dem Impfschaden (falls bekannt):
Bei Bedarf Zusatzblatt verwenden.



Haben Sie die oben genannte Patientin/den oben genannten Patienten weiter verwiesen?

Nein

Ja (bitte geben Sie alle weiteren konsultierten Ärzte/Ärztinnen an):

Name	Adresse

Andere Kommentare (Beurteilung, Feedback, beigefügte Dokumente)

Bei Bedarf Zusatzblatt verwenden.

05. Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

Herr	Frau
Name	
Vorname	
Institution	
Strasse, Nr.	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Ort und Datum:

Unterschrift der ausfüllenden Ärztin/des ausfüllenden Arztes:

Diese Bescheinigung ist vom Gesuchsteller zusammen mit dem Gesuchsformular einzureichen.