Bitte denken Sie daran, dass diese Meldung nicht ein Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt

oder Apothekerin/Apotheker ersetzt, wenn Sie aufgrund unerwünschter vermuteter Nebenwirkungen oder eines Vorkommnisses besorgt sind.

Pflichtfelder sind mit einem roten Stern \* gekennzeichnet. Eine Bearbeitung Ihrer Meldung ist nur möglich, wenn diese ausgefüllt sind.

**Betroffene Person**

Alter in Jahren \* Alter

Geschlecht des Patienten \* [ ]  m [ ]  w [ ]  div. Gewicht in kg Gewicht Grösse in cm Grösse

**Impfstoff**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name des angewendeten COVID-19-Impfstoffs \***¹** | Chargen-Bezeichnung**¹** | Datum der ersten Impfung\* | Ggf. Datum der zweiten Impfung | Ggf. Datum der dritte Impfung | Vermutlich ursächlich für Nebenwirkung |
| Impfstoff | Charge | X | X | Datum | [ ]  ja [ ]  nein |
| Impfstoff | Charge | X | Datum | X | [ ]  ja [ ]  nein |
| Impfstoff | Charge | Datum | X | X | [ ]  ja [ ]  nein |

**¹**(kann z. B. dem Impfausweis entnommen werden)

**Nebenwirkung**

|  |  |
| --- | --- |
| Welche Nebenwirkung ist aufgetreten? Bittebeschreiben Sie die Nebenwirkung möglichstdetailliert (Symptome, Diagnose/Befund,Behandlung, Verlauf) \* | Nebenwirkung |

An welchem Datum ist die Nebenwirkung erstmals aufgetreten? Datum

An welchem Datum ist die Nebenwirkung zuletzt aufgetreten? Datum

Wie ist Ihr aktueller Gesundheitszustand (bitte nur ein Feld ankreuzen)?

[ ]  wiederhergestellt

[ ]  Allgemeinzustand gebessert

[ ]  nicht wiederhergestellt

[ ]  bleibender Schaden

[ ]  betroffene Person ist verstorben

[ ]  unbekannt

Die gesundheitliche Beeinträchtigung durch die Nebenwirkung/en (bitte ankreuzen)

[ ]  war nicht schwerwiegend

[ ]  war schwerwiegend

Falls schwerwiegend bitte den Grund angeben

[ ]  war lebensbedrohlich

[ ]  führte zum / verlängerte Spitalaufenthalt

[ ]  führte zum Tod

**Weitere Angaben**

Waren Sie zum Zeitpunkt der Impfung gegen COVID-19 schwanger? [ ]  ja [ ]  nein

Wurden Sie während der Stillzeit gegen COVID-19 geimpft? [ ]  ja [ ]  nein

Trinken Sie Alkohol? [ ]  nein [ ]  selten [ ]  oft

Rauchen Sie? [ ]  nein [ ]  früher [ ]  ja

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie Allergien (z.B. Nahrungsmittel, Medikamente, Pollen)? | Allergien |
| Haben Sie Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Nierenfunktionsstörung, Lebererkrankung, Krebs)? | Vorerkrankungen |

**Nehmen Sie andere Medikamente? (Begleitmedikamente)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name des Medikaments (wie auf Verpackung angegeben) | Darreichungsform (Tablette, Tropfen, Injektion, Salbe, Zäpfchen, Pflaster) | Dosierung (z.B. pro Tag) | Therapiebeginn | Therapieende | Grund der Anwendung (z.B. Bluthochdruck) | Vermutlich ursächlich für Nebenwirkung |
| Medikament | Darreichungsform | Dosierung | Datum | Datum | Grund | [ ]  ja [ ]  nein |
| Medikament | Darreichungsform | Dosierung | Datum | Datum | Grund | [ ]  ja [ ]  nein |
| Medikament | Darreichungsform | Dosierung | Datum | Datum | Grund | [ ]  ja [ ]  nein |

**Kontaktangabe der meldenden Person**

|  |  |
| --- | --- |
| E- Mail  | E-Mail |
| Telefon  | Telefon |

Die Nebenwirkung betrifft:

[ ]  mich selbst [ ]  mein Kind [ ]  andere Familienangehörige: Famillienangehörige

**Meldung einreichen**

|  |  |
| --- | --- |
| Swissmedic bearbeitet die mit dem vorliegenden Meldeformular übermitteltenPersonendaten nach Massgabe von Art. 61 ff. HMG. Sämtliche mit derBearbeitung der Daten beauftragten Personen unterstehen der Schweigepflicht.Besonders schützenswerte Personendaten werden nach Möglichkeit anonymisiert. | Datum Einreichung \* Datum |

Für die Übermittlung an Swissmedic benutzen Sie bitte folgende Angaben

E-Mail Adresse: vigilance@swissmedic.ch

Betreff Covid-19 Impfstoff Meldung