



**Bericht über Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion  
hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Verdacht auf Impfkomplication) nach IfSG  
(Die Meldeverpflichtung an die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft bleibt unberührt)**

**Definition des Verdachts einer über das übliche Ausmass einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (§6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG):**

Eine **namentliche Meldepflicht** an das Gesundheitsamt besteht nach §6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG dann, wenn nach einer Impfung auftretende Krankheitserscheinungen in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung stehen könnten und über die nachfolgenden Impfreaktionen hinausgehen.

**Nicht meldepflichtig** sind das übliche Ausmaß nicht überschreitende, kurzzeitig vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktionen, die als Ausdruck der Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff anzusehen sind: z.B.

- für die Dauer von 1-3 Tagen (gelegentlich länger) anhaltende Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle
- Fieber unter 39.5°C (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Uebelkeit, Unruhe, Schwellung der regionären Lymphknoten
- oder im gleichen Sinne zu deutende Symptome einer ‚Impfkrankheit‘ (1-3 Wochen nach der Impfung), z.B. leichte Parotisschwellung oder ein Masern- bzw Varizellen ähnliches Exanthem oder kurzzeitige Arthralgien nach der Verabreichung von auf der Basis abgeschwächter Lebendviren hergestellten Impfstoffen gegen Mumps, Masern, Röteln oder Varizellen.

**Ausgenommen von der Meldepflicht** sind auch Krankheitserscheinungen, denen offensichtlich eine andere Ursache als die Impfung zugrunde liegt.

**Melddaten:**

**1. Patient:**      *Nachname\**:  \_\_\_\_\_ *Vorname\**:  \_\_\_\_\_  
(Ersten Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens bitte in die Kästchen eintragen)

**Geburtsdatum:**                  m  w  
                                         **Tag**                      **Monat**                      **Jahr**                                              **Geschlecht**

*Adresse\**: *Straße:* \_\_\_\_\_ *PLZ:* \_\_\_\_\_ *Ort:* \_\_\_\_\_

**2. Impfung**

	1	2	3
<b>Impfdatum</b>			
<b>Impfstoff</b>			
<b>Pharm. Unternehmer</b>			
<b>Chargenbez.</b>			
<b>Applikationsart- und Ort</b>			

**Impfanamnese\*:** Wurde/n die/ der o.g. Impfstoff/e i.d. Vorgeschichte bereits angewendet:

ja  wann: \_\_\_\_\_  nein

**3. Verdacht auf Impfkomplication:**

<b>Diagnosen* bzw. Verdachtsdiagnosen :</b>	<b>Beginn</b>	<b>Dauer</b>
1.		
2.		
3.		

**3.1 Die Diagnose/ Verdachtsdiagnose wurde gestützt durch folgende abklärende Untersuchungen\*:**

(z. B. Liquor-Untersuchung, Serologie, EEG, EKG etc.: ggf. Angabe der beauftragten Untersuchungsstelle)

**Dabei wurden folgende Differentialdiagnosen ausgeschlossen\*:**

(insbesondere auch unter Berücksichtigung einer eventuell gleichzeitig erfolgten Medikamentengabe)

**Trat bei früheren Impfungen der Verdacht einer Impfkomplication auf ?\*:**

Symptome: \_\_\_\_\_

Impfung: \_\_\_\_\_

Datum der Impfung: \_\_\_\_\_

**Wurden die unter 2. genannten Impfstoffe nach Abklingen der Symptome nochmals angewendet?\***nein   ja wenn ja, trat nochmals der Verdacht einer Impfkomplication auf ? \_\_\_\_\_**Traten die Symptome des o.g. Verdachtes einer Impfkomplication beim Patienten ohne zeitlichen Zusammenhang zu der o.g. Impfung nochmals auf ?\***nein   ja wenn ja, wie oft und wodurch wahrscheinlich ausgelöst ? \_\_\_\_\_**3.2 Verlauf und Therapie der Impfreaktion :**War eine ambulante Behandlung erforderlich ? ja   neinWar eine stationäre Behandlung im Krankenhaus erforderlich ? ja   neinWar die Impfreaktion lebensbedrohlich ? ja   nein**3.3 Ausgang der Impfreaktion :**wiederhergestellt  bleibender Schaden  noch nicht wiederhergestellt unbekannt  Tod  (Sektion ? Todesursache ?\*)**4. Adresse und Telefonnummer des Meldenden:\***

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**5. Adresse des impfenden Arztes (sofern nicht mit dem Meldenden identisch)\*:**

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_

\* Für eine ausführliche Beschreibung bitten wir Sie, ein separates Blatt zu benutzen oder Kopien beizufügen.  
 Möglichst genaue Zeitangaben und die Beschreibung der differentialdiagnostischen Untersuchungen ist für die Bewertung des kausalen Zusammenhanges von Impfung und beobachtetem Verdacht der Impfkomplication von größter Wichtigkeit !  
 ° Die Angaben zu diesen (zusätzlich kursiv bzw. blau gekennzeichneten) Punkten dürfen vom Gesundheitsamt – bis auf den jeweils ersten Buchstaben des Nachnamens und des Vornamens – nicht weitergeleitet werden!