|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamente und behandelte Beschwerden bei Nebenwirkungen** | | | | |
| **Substanz** | **Dosis** | **Indikation** | **Datum Beginn** | **Datum Ende** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Tagebuch Vertraulich**

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Sportart:**

Datum der Impfung:

Liebe/r Teilnehmer/in,

wir freuen uns, dass Sie an unserer Studie teilnehmen, in der wir untersuchen wollen, ob und ggf. wie sich körperliches leistungssportliches Training die Wirksamkeit und Nebenwirkungen einer COVID-Impfung beeinflusst. Daher ist es erforderlich, dass Sie beiliegendes Nebenwirkungstagebuch ausfüllen. In diesem Tagebuch werden einerseits die Lokalreaktionen erfasst. Dazu gehört möglicherweise ein Schmerz, eine Rötung oder eine Schwellung an der Injektionsstelle. Im zweiten Teil des Tagebuches werden sog. „Allgemeinreaktionen“ erfasst. Hierzu gehören Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Schüttelfrost, Übelkeit und Müdigkeit. Wenn weitere Symptome auftreten sollten, können Sie diese unter „Sonstige“ ebenfalls eintragen. Bitte tragen Sie alle Beschwerden ein, auch wenn Sie denken, dass sie nicht im Zusammenhang mit der Impfung stehen. Wenn Sie die Körpertemperatur bestimmen, dann messen Sie die Temperatur bitte abends. Wenn Sie mehrmals am Tag messen, tragen Sie bitte die höchste Temperatur ein. Wenn Sie den Durchmesser einer Rötung oder einer Schwellung messen, tragen Sie bitte auch dann den größten Durchmesser ein.

Bitte tragen Sie auch ein, wenn Sie Medikamente benötigen, um Nebenwirkungen zu behandeln. Wenn Sie keine Symptome haben, tragen Sie bitte eine „0“ in die Felder ein.

Bitte bringen Sie dieses Tagebuch bei Ihrem nächsten Besuch mit, oder schicken Sie es an folgende Adresse:

**andreas.venhorst@uni-saarland.de**

Ihre nächste Blutabnahme ist am:

Wenn schwere oder unerwartete Reaktionen auftreten, kontaktieren Sie uns bitte sofort: Telefonnummer: **01520-7605612** (Herr Dr. med. **Andreas Venhorst**)

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

**Bitte füllen Sie die Tabelle aus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lokale Beschwerden an der Einstichstelle** | | Tag der Impfung | Tag 1 | Tag 2 | Tag 3 | Tag 4 | Tag 5 | Tag 6 | Tag 7 | Symptome nach Tag 7 | | |
| Hält noch nach 7 Tagen an? | Datum Letzter Tag mit Beschwerden | Maximaler Schweregrad |
| **Schmerzen** | **0 = Keine Schmerzen**  **1 = Schmerz bei Berührung**  **2 = Schmerz bei Bewegung des Armes**  **3 = Spontan schmerzhaft** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Rötung** | **Größe in mm**  **Bitte geben Sie den größten Durchmesser an, wenn sie mehrmals am Tag nachmessen** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** |
| **Schwellung** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy | **\_\_\_\_\_\_**  **mm** |
| **Andere (z.B. Stechen)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **0 = Keine Symptome**  **1 = Mild:** Tägliche/sportliche Aktivitäten nicht beeinträchtigt  **2 = Moderat:** Tägliche/sportliche Aktivitäten beeinträchtigt  **3 =Schwer: Tägliche/sportliche Aktivitäten können nicht mehr durchgeführt werden.** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Andere**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Allgemeinreaktionen** Schweregrad | | Tag der Impfung | Tag 1 | Tag 2 | Tag 3 | Tag 4 | Tag 5 | Tag 6 | Tag 7 | Hält noch nach 7 Tagen an? | Datum Letzter Tag mit Beschwerden | Maximaler Schweregrad |
| **Körpertemperatur** | **Bitte geben Sie die höchste Temperatur an, wenn sie mehrmals am Tag nachmessen** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Kopfschmerzen** | **0 = Keine Symptome**  **1 = Mild:** Tägliche/sportliche Aktivitäten nicht beeinträchtigt  **2 = Moderat:** Tägliche/sportliche Aktivitäten beeinträchtigt  **3 =Schwer: Tägliche/sportliche Aktivitäten können nicht mehr durchgeführt werden.** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Muskleschmerzen** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Schüttelfrost** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Übelkeit** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Müdigkeit** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Andere**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |
| **Andere**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |  |  |  |  |  | **❒** nein  **❒** ja | dd mmm yyyy |  |