



Gelbfieberimpfung

- Fragebogen bitte vor dem Gespräch mit dem Arzt ausfüllen -

Impfperson:

Name:

Geburtsdatum:

Alter:

Anschrift:

Reiseland:

Reisezeit:

Um eine komplikationslose Gelbfieberimpfung zu gewährleisten, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand. Bitte das zutreffende Feld ankreuzen und die Fragen beantworten.

Wurde schon einmal gegen Gelbfieber geimpft?
Wenn ja, wann:

nein

ja

Hatten Sie in den letzten drei Monaten eine akute Erkrankung mit hohem Fieber, schwere Unfälle oder Operationen?

nein

ja

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen wie Leukämie, Krebs, AIDS, Zuckerkrankheit, Leber- oder Nierenleiden, Asthma, Gelenkrheumatismus, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden?

nein

ja

Haben Sie in den letzten drei Monaten Behandlungen erhalten mit Kortison, Immunsuppressiva, Gammaglobulinen, Chemotherapie oder Strahlentherapie?

nein

ja

Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit?

nein

ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche:

nein

ja

Haben Sie in den letzten drei Monaten Impfungen erhalten?
Gegen Masern, Mumps, Röteln?

nein

ja

Gegen Windpocken?

nein

ja

Typhus-Schluckimpfung?

nein

ja

Andere Impfungen?
Wenn ja, welche:

nein

ja

Die Hinweise zur Gelbfiebererkrankung und zu Wirkungen, Impfreaktionen und Komplikationen der Gelbfieberimpfung habe verstanden. Das Informationsblatt wurde mir ausgehändigt. Nach erfolgter Impfung bleibe ich 30 Minuten zur Überwachung in der Praxis. Ich willige in die Gelbfieberimpfung ein.

Ort/Datum: Mühlacker, den

Unterschrift: _____

bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Gelbfieberimpfstelle Reg. Nr. 00/307
Impfarzt Dr. Reymann, Impfstoff-Chargennummer: