

Fragebogen für jede Folgeimpfung (*Außer Neuberatung)

Bitte vor jeder Impfung pro Impf-Tag ausfüllen und mit Datum unterschreiben! *Pflichtangaben

*Nachname		*Vorname(n)	
*Geb. Datum			

*Fragen zu Ihrer Gesundheit (bitte ankreuzen und ggf. Angaben einfügen	Ja	Nein
Leiden sie zurzeit an einer akuten Erkrankung, Wenn ja, welche?		
Bestehen neue Allergien/Unverträglichkeiten/Schuppenflechte (Psoriasis)? Wenn ja, welche?		
Sind neue psychische Erkrankungen oder Krampfanfälle aufgetreten? Wenn ja, in welcher Form?		
Sind bei einer vorangegangenen Impfung oder Blutentnahme Ohnmacht/ Kreislaufschwäche aufgetreten?		
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?		
Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen (inkl. Schluckimpfungen) /Injektionen erfolgt? Wenn ja, welche?		
Sind neue Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Impfungen aufgetreten? Wenn ja, welche?		
Falls eine Gelbfieberimpfung vorgesehen ist: Haben Sie das Aufklärungsblatt gelesen?		
Falls eine Gelbfieberimpfung vorgesehen ist: Haben Sie weitere Fragen? Wenn ja, welche?		
Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft		
Für Frauen: Stillen Sie?		

Bitte warten Sie nach der Impfung 20 min. in unserer Praxis für den sehr seltenen Fall von allergischen Reaktionen und schonen Sie sich für 1 Woche *

*keine starken körperlichen Anstrengungen wie Leistungssport, Operationen, Sauna und Sonnenbäder sowie übermäßigen Alkoholgenuss vermeiden!

 Ort, Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen: Ort, Datum, Name und Unterschrift der Erziehungsberechtigten