



Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

**Zur Abschätzung des Risikos möglicher Nebenwirkungen durch die Gelbfieberimpfung und zum Ausschluss von Gegenanzeigen beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

**Bitte Zutreffendes ankreuzen**

**Ja            Nein**

- |       |  |                          |                          |
|-------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.    | Leiden Sie an akuten oder chronischen Infektionen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.    | Leiden Sie an Herz-, Leber-, oder Nierenerkrankungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.    | Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems oder Krampfleiden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.    | Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt oder eine Thymuserkrankung bekannt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.    | Ist oder war bei Ihnen eine Überempfindlichkeit (Allergie) oder Asthma bekannt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.    | Ist bei Ihnen eine spezielle Überempfindlichkeit gegen <b>Hühnereiweiß</b> bekannt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.    | Ist Ihre körpereigene Abwehr (Immunsystem) durch eine Krankheit (innere Erkrankungen, z. B. Krebs, HIV/AIDS) oder durch bestimmte Behandlungen (Chemotherapie, Desensibilisierung, Cortisontherapie, Strahlentherapie) beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> |  |                          |                          |
|       | Nehmen Sie Medikamente, insbesondere blutgerinnungshemmende Arzneimittel ein?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.    | Wenn ja, welche?   |                          |                          |
| <hr/> |  |                          |                          |
| <hr/> |  |                          |                          |
| 9.    | Wurden Sie während der letzten 4 Wochen geimpft?<br>Wenn ja, wogegen? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.   | Haben Sie in letzter Zeit körperliche Veränderungen oder Störungen Ihres Allgemeinbefindens bemerkt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.   | Hatten Sie in den letzten 6 Wochen Kontakt zu Personen mit einer Infektionskrankheit (z. B. Röteln, Hepatitis A, Windpocken, Masern, Scharlach etc.)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.   | Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.   | <u>Nur für Frauen:</u> Sind Sie schwanger?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.   | Sind Sie bereits früher einmal an Gelbfieber erkrankt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.   | In welche/es Länder/Land wollen Sie verreisen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> |  |                          |                          |
| 16.   | Für > 60jährige: die Reise ist aus privaten/dienstlichen Gründen unvermeidbar.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Über die Notwendigkeit der Impfung und ohne möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich habe dieses Merkblatt sowie den medizinischen Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und zutreffend beantwortet, hatte die Möglichkeit, alle mich interessierenden Fragen mit dem Arzt zu besprechen und habe keine weiteren Fragen mehr.**

Bemerkungen:

---

---

---

**Aufklärung und Impfung durchgeführt:**

Datum, Unterschrift Impfarzt/Impfärztin

Datum, Unterschrift Patient/in  
ggf. Erziehungsberechtigte/r