



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?
2. Leiden Sie an Herz-, Leber-, oder Nierenerkrankungen?
3. Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems oder Krampfleiden?
4. Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt oder eine Thymuserkrankung bekannt?
5. Ist oder war bei Ihnen eine Überempfindlichkeit (Allergie) oder Asthma bekannt?
6. Ist bei Ihnen eine spezielle Überempfindlichkeit gegen Hühnereiweiß bekannt?
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?
8. Nehmen Sie Medikamente, insbesondere blutgerinnungshemmende Arzneimittel ein? Wenn ja, welche?
9. Wurden Sie während der letzten 4 Wochen geimpft? Wenn ja, wogegen?
10. Haben Sie in letzter Zeit körperliche Veränderungen oder Störungen Ihres Allgemeinbefindens bemerkt?
11. Hatten Sie in den letzten 6 Wochen Kontakt zu Personen mit einer Infektionskrankheit (z. B. Röteln, Hepatitis A, Windpocken, Masern, Scharlach etc.)?
12. Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)?
13. Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?
14. Sind Sie bereits früher einmal an Gelbfieber erkrankt?
15. In welche/es Länder/Land wollen Sie verreisen?
16. Für > 60jährige: die Reise ist aus privaten/dienstlichen Gründen unvermeidbar.

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:

Three horizontal lines for writing remarks.

Aufklärung und Impfung durchgeführt:

Datum, Unterschrift Impfarzt/Impfärztin

Datum, Unterschrift Patient/in ggf. Erziehungsberechtigte/r