

Fragebogen zur Impfung

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

Hatten Sie bei/nach Impfungen gesundheitliche Probleme?
(z.B. allergische Reaktionen, Hautausschläge, Atemnot, etc.) Ja: ____ Nein: ____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Welche? _____ Ja: ____ Nein: ____
(v. A. auf Hühnereiweiß, Antibiotika, Formaldehyd und Quecksilber)

Sind Sie momentan an einem grippalen Infekt erkrankt? Ja: ____ Nein: ____

Leiden Sie an schweren Krankheiten, Erkrankungen des Nervensystems
oder Krampfleiden? Ja: ____ Nein: ____

Ist bei Ihnen in den nächsten 2 Wochen eine Operation geplant? Ja: ____ Nein: ____

Besteht bei Ihnen eine Erkrankung des Immunsystems? Nehmen
oder haben Sie in den letzten 3 Monaten Medikamente eingenommen,
welche die Immunabwehr unterdrücken (z.B. Kortison)? Ja: ____ Nein: ____

Führen Sie gerade eine Hyposensibilisierung (Spritzen-therapie gegen
Allergien) durch? Ja: ____ Nein: ____

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? Nehmen Sie
gerinnungshemmende Medikamente? Ja: ____ Nein: ____

Einverständniserklärung

___ Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden

___ Ich lehne die Impfung ab

Ort, Datum, Unterschrift

Impfdokumentation

Datum: _____ Impfstoff: _____ Chargen-Nr.: _____

Impfarzt: _____ Dosis 1: _____

Unterschriftenkürzel Arzt/Mitarbeiterin