



Beratung zum individuellen Risiko und therapeutischen Nutzen für Schutzimpfungen gegen:

- Gelbfieber - andere Impfungen (siehe unten)

Bitte sorgfältig ausfüllen!

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____ Telefon: _____
Reiseziel (Land/Stadt), ggf. Route: _____
Welche Region wird besucht? <input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Küste <input type="checkbox"/> Hochland <input type="checkbox"/> Reise ins Landesinnere
Reisebeginn (Datum): _____
Reisedauer: _____
Charakter der Reise und Aktivitäten: <input type="checkbox"/> -organisierte touristische Reise (Reiseveranstalter) <input type="checkbox"/> -Individualreise <input type="checkbox"/> -Rucksackreise <input type="checkbox"/> -Strand/Badeurlaub <input type="checkbox"/> -Tauchen <input type="checkbox"/> -Bergsteigen <input type="checkbox"/> -Trecking <input type="checkbox"/> -Safari <input type="checkbox"/> -Fliegen (Pilot) <input type="checkbox"/> -sonstige: _____ <input type="checkbox"/> -beruflich (Tätigkeit): _____
Unterkunft: <input type="checkbox"/> -Komforthotel <input type="checkbox"/> -einfache Unterkunft <input type="checkbox"/> -Privatwohnung <input type="checkbox"/> -Lodges <input type="checkbox"/> -Camping
Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja, und zwar: _____
Sind bei früheren Impfungen Impfreaktionen aufgetreten? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja, und zwar: _____
Ist bei ihnen eine Hühnereiweißallergie bekannt? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja
Sind andere Allergien bekannt: <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja, und zwar: _____
Sind sie in letzter Zeit ernstlich krank gewesen? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja, Art der Erkrankung: _____
Leiden sie an einer der folgenden Krankheiten? <input type="checkbox"/> -Psoriasis <input type="checkbox"/> -Porphyrie <input type="checkbox"/> -psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) <input type="checkbox"/> -Anfallsleiden <input type="checkbox"/> -chronische Nierenerkrankungen <input type="checkbox"/> -Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> -Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> -Krankheiten mit Abwehrschwäche (z.B. HIV-Infektion/AIDS, Tumorleiden) <input type="checkbox"/> -Erkrankungen des Thymus
Besteht zurzeit ein akuter Infekt? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja, Beschwerden: _____
Haben sie zurzeit Fieber? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja
Nur bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja
Wurde ihnen innerhalb der letzten 3 Monate Blut oder Immunglobuline verabreicht? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja
Haben sie in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erhalten? <input type="checkbox"/> -Nein <input type="checkbox"/> -Ja, welche? _____
bitte ankreuzen: Ich habe Aufklärungsmerkblätter für folgende Impfungen erhalten: <input type="checkbox"/> -Gelbfieber <input type="checkbox"/> -Hepatitis A <input type="checkbox"/> -Hepatitis <input type="checkbox"/> -Tetanus <input type="checkbox"/> -Diphtherie <input type="checkbox"/> -Polio <input type="checkbox"/> -Typhus <input type="checkbox"/> -Influenza <input type="checkbox"/> -Tollwut <input type="checkbox"/> -FSME <input type="checkbox"/> -Cholera <input type="checkbox"/> -Meningokokken <input type="checkbox"/> -Masern/Mumps/Röteln (MMR) <input type="checkbox"/> -Japanische Enzephalitis <input type="checkbox"/> Die Informationen habe ich aufmerksam gelesen und mit dem Impfarzt besprochen. <input type="checkbox"/> Insbesondere wurde ich über Nutzen, Risiko und Nebenwirkungen der Impfung und die zu verhütende Krankheit aufgeklärt. <input type="checkbox"/> Ich habe keine weiteren Fragen. <input type="checkbox"/> Ich erkläre mich mit den vorgeschlagenen Impfungen einverstanden. <input type="checkbox"/> Ich erkläre mich mit den vorgeschlagenen Impfungen nicht einverstanden. Über mögliche Nachteile/Risiken, die sich aus der Unterlassung der Impfung ergeben können, wurde ich unterrichtet.

Datum und Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

_____ Handzeichen des Arztes