



DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS

PRAXIS FÜR  
INNERE MEDIZIN

**Dr. med. Thomas Sternfeld**  
Facharzt für Innere Medizin,  
Hämatologie & Onkologie,  
Gastroenterologie, Infektiologie,  
Reisemedizin

**Dr. med. Angelika Sternfeld**  
Fachärztin für Innere Medizin,  
Endokrinologie, Diabetologin (DDG)

**Gemeinschaftspraxis  
Hausärztliche Versorgung**

Frau/Herr \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Luitpoldstr. 58  
84034 Landshut  
Telefon: 0871 / 660 1970  
Fax: 0871 / 660 19719  
[www.praxis-sternfeld.de](http://www.praxis-sternfeld.de)  
[info@praxis-sternfeld.de](mailto:info@praxis-sternfeld.de)

## Fragebogen und Einverständniserklärung

### Gelbfieberimpfung

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

Sie haben sich zur Gelbfieberimpfung angemeldet, der Aufklärungsbogen zur Impfung wurde Ihnen ausgehändigt. Wir möchten Sie bitten, vor Durchführung der Impfung folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand zu beantworten:

Sind bei früheren Impfungen jemals irgendwelche Probleme aufgetreten?  Nein  
 Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Impfung gegen Masern oder eine andere **Lebendimpfung** erhalten, oder ist eine solche in den nächsten 4 Wochen vorgesehen?  Nein  
 Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 4 Wochen **sonstige Impfungen** bekommen?  Nein  
 Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine **Hühnereiweißallergie**?  Nein  
 Ja

Bestehen sonstige **Allergien** (z.B. gegen Antibiotika)?  Nein  
 Ja, gegen: \_\_\_\_\_

Bestehen **Medikamentenunverträglichkeiten**?  Nein  
 Ja, gegen: \_\_\_\_\_

Wurden in den letzten 4 Wochen **medizinische Behandlungen** durchgeführt?  Nein  
 Ja, folgende: \_\_\_\_\_

---

Bestanden in den letzten 4 Wochen **akute Erkrankungen** (z.B. Fieber, Unwohlsein, schwere Unfälle, Operationen etc.)?  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

---

Leiden Sie an einer **schweren chronischen Erkrankung**, z.B. rheumatische Erkrankung, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Krankheit der blutbildenden Organe oder des Immunsystems, Diabetes, chron. Hepatitis, chron. Nierenleiden, allergisches Asthma, Tuberkulose, Epilepsie, Nervenleiden oder eine hier nicht genannte Erkrankung?  Ja, und die Behandlung erfolgt mit: \_\_\_\_\_  Nein

---

Haben Sie in den letzten drei Monaten Medikamente genommen, Spritzen oder andere Behandlungen erhalten, die stark auf das **Immunsystem** wirken, z. B. Kortison, Immunsuppressiva, Bestrahlungen, Chemotherapie o.ä.?  Ja, nämlich: \_\_\_\_\_  Nein

---

Haben Sie in den letzten 3 Monaten **Blut**, Blutbestandteile oder **Immunglobuline** bekommen?  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

---

Bei Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft** oder **stillen** Sie derzeit?  Ja  Nein

---

Bestehen irgendwelche **wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen**, nach denen bisher noch nicht gefragt wurde?  Ja, folgende: \_\_\_\_\_  Nein

---

Haben Sie schon einmal eine **Gelbfieberimpfung** bekommen?  Ja, wann: \_\_\_\_\_  Nein

---

Sind Sie im Besitz eines **internationalen Impfausweises**?  Ja: legen Sie ihn bitte bei der Anmeldung vor.  Nein

Ich hatte Gelegenheit, zuvor den Aufklärungsbogen über die Impfung zu lesen und mir wichtig erscheinende Fragen über Bedeutung, Risiken, Nebenwirkungen sowie mögliche Komplikationen zu stellen. Diese wurden mir ausreichend beantwortet.

- Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der Impfung nicht einverstanden. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung hat mich mein Arzt informiert.

**Anmerkungen:**

---

Datum, Unterschrift Patient

---

Datum, Unterschrift Arzt