



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**

Luitpoldstr. 58
84034 Landshut
Telefon: 0871 / 660 1970
Fax: 0871 / 660 19719
www.praxis-sternfeld.de
info@praxis-sternfeld.de

Frau/Herr _____, geb. _____

Datum: _____

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? Ja 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? Ja Nein

Ja, folgende: _____

Haben Sie in den letzten 4 Wochen **sonstige Impfungen** bekommen? Ja Nein

Ja, folgende: _____

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

Ja

Bestehen sonstige **Allergien** (z.B. gegen Antibiotika)? Ja Nein

Ja, gegen: _____

Bestehen **Medikamentenunverträglichkeiten**? Ja Nein

Ja, gegen: _____

Wurden in den letzten 4 Wochen **medizinische Behandlungen** durchgeführt? Ja Nein

Ja, folgende: _____

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

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? Nein
 Ja, und die Behandlung erfolgt mit: _____

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.? Nein
 Ja, nämlich: _____

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

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

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

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

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

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