

★ Patientenfragebogen Gelbfieberimpfung



Herr Frau Datum: _____
Nachname: _____ **Vorname:** _____ **geb.** _____
 Adresse: _____
 Email: _____ Fax: _____
 Telefon: _____ Handy: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Beantworten Sie bitte vor der Gelbfieber-Impfung folgende Fragen:

Sind bei früheren Impfungen jemals irgendwelche Probleme aufgetreten? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten 4 Wochen eine Lebendimpfung (z.B. Masernimpfung) erhalten, oder ist eine solche in den nächsten 4 Wochen vorgesehen? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten 4 Wochen sonstige Impfungen bekommen? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht bei Ihnen eine Hühnereiweißallergie ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen sonstige Allergien (z.B. gegen Antibiotika)? <input type="checkbox"/> Ja, gegen:	<input type="checkbox"/> Nein
Bestehen Medikamentenunverträglichkeiten ? <input type="checkbox"/> Ja, gegen:	<input type="checkbox"/> Nein
Wurden in den letzten 4 Wochen medizinische Behandlungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Bestanden in den letzten 4 Wochen akute Erkrankungen (z.B. Fieber, Unfall, Operation)? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer schweren chronischen Erkrankung (z.B. rheumatische Erkrankung, chronisch entzündliche Darmerkrankung, Krankheit der blutbildenden Organe oder des Immunsystems, Diabetes, Hepatitis, Nierenleiden, Asthma, Tuberkulose, Epilepsie)? <input type="checkbox"/> Ja, die Behandlung erfolgt mit:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Medikamente genommen, die stark auf das Immunsystem wirken, z. B. Kortison, Immunsuppressiva, Chemotherapie o.ä.? <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut , Blutbestandteile oder Immunglobuline bekommen? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie derzeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bestehen irgendwelche anderen wesentlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ? <input type="checkbox"/> Ja, folgende:	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie schon einmal eine Gelbfieberimpfung bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie im Besitz eines internationalen Impfausweises ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich hatte Gelegenheit, den Aufklärungsbogen zu lesen und mir wichtig erscheinende Fragen über Bedeutung, Risiken, Nebenwirkungen und mögliche Komplikationen zu stellen. Diese wurden 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