

Impfanamnesebogen

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße Nr. _____ PLZ/Ort _____

Reiseziele _____

Abreisetermin _____ Reisedauer _____

E-Mail _____ Tel. Mobil _____

Leiden Sie zur Zeit unter einer akuten oder chronischen Erkrankung, ggf. welcher?

.....

Nehmen sie zur Zeit Medikamente ein?
Bitte alle benennen!

.....

.....

Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt worden oder eine Thymuserkrankung bekannt?

ja nein

Sind psychische Erkrankungen oder Krampfanfälle bekannt?

ja nein

Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Hühnereiweiß?

ja nein

Besteht eine andere Allergie?

ja nein

Wenn ja, welche?

Besteht eine Schuppenflechte?

ja nein

Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen (einschl. Schluckimpfungen) oder Injektionen erfolgt?

ja nein

Wenn ja: Welche Impfungen und wann?

.....

Sind anlässlich einer Impfung, Injektion oder Blutabnahme Schwäche oder Ohnmachtszustände aufgetreten? ja nein

Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen/Medikamente bekannt? ja nein

Bei Frauen: besteht Schwangerschaft? ja nein

Sind Sie mit einer Erinnerung über fällige Impftermine einverstanden? ja nein

Wann war die letzte Impfung gegen

Tetanus

Diphtherie

Polio

Hepatitis A

Hepatitis B

FSME

Meningokokken

Bitte 15 Minuten nach der Impfung in der Praxis verbleiben.
Unbedingt mindestens drei Tage körperliche Schonung, bei Schwäche eher länger.

Ort, Datum

Unterschrift