

Impfzentrum Geesthacht

Impf- und Beratungsprotokoll



Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____
Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
Tel.-Nummer: _____ Fax: _____ Email: _____ Geschlecht: m / w

Wollen Sie verreisen?

Reiseziele: 1. _____ Ankunft: _____ Aufenthaltsdauer: _____ (Tage/Wochen) JA NEIN
2. _____ Ankunft: _____ Aufenthaltsdauer: _____ (Tage/Wochen)
3. _____ Ankunft: _____ Aufenthaltsdauer: _____ (Tage/Wochen)
weitere Ziele: _____

Aufenthaltsbedingungen am Reiseziel: touristisch, städtisch / ländlich; einfache Lebensbedingungen; langfristiger Aufenthalt; geschäftlich; beruflich, soziale / medizinische Aufgaben; besondere Aktivitäten (z.B. Tauchen, Bergsteigen) (zutreffendes markieren)

Wie oft und welche Impfungen haben Sie bisher erhalten?

(z.B. Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung, Hepatitis A od.B, FSME, Grippe, u.a.) _____ wann zuletzt? _____
_____ wann zuletzt? _____
_____ wann zuletzt? _____
_____ wann zuletzt? _____
_____ wann zuletzt? _____

Fragen zur Verträglichkeit von Impfungen / Medikamenten:

Leiden Sie an einer Allergie (Überempfindlichkeit) gegen _____ Hühnereiweiß? JA NEIN
andere Allergene JA NEIN
Falls ja, welche? _____
Nehmen Sie dauernd Medikamente ein, z.B. Herz/Kreislauf, Psychopharmaka, Entzündungshemmer? JA NEIN
Falls ja, welche? _____
Leiden Sie an einer Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten (z.B. anti-Malariamittel), Impfstoffe? JA NEIN
Falls ja, welche? _____

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Bluterkrankungen, Nervensystem, Leber, Niere, Stoffwechsel (z.B. Diabetes), Hämophilie (Bluterkrankheit), Haut, Augen, Immundefizienz (Abwehrschwäche)?

_____ JA NEIN
Falls ja, welche? _____
Leiden Sie, Ihre Eltern oder Geschwister an Epilepsie (Anfallsleiden)? JA NEIN
Wurde / ist bei Ihnen eine Dialysebehandlung, eine Transplantation vorgesehen? JA NEIN
Falls ja, welche? _____
Sind Sie schwanger / erwarten Sie in den kommenden Wochen / Monaten schwanger zu werden? JA NEIN

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Einverständniserklärung

Ich habe die Informationen zu Impfungen, Reiserisiken und zur Vorbeugung gegen Malaria gelesen. Über die Indikationen, möglichen Unverträglichkeiten und Nebenreaktionen aller vorgeschlagenen Impfungen (z.B. gegen Gelbfieber) bin ich im Gespräch aufgeklärt worden. Ich weiß, dass bei in Deutschland ggf. nicht zugelassenen Impfstoffen im Fall impfstoffbedingter Gesundheitsstörungen gegen den Hersteller und staatliche Aufsichtsbehörden kein gesetzlicher Entschädigungsanspruch besteht, unberührt vom Haftungsanspruch bei schuldhafter Verletzung der Sorgfaltspflicht. Ich habe keine weiteren Fragen an den Impfarzt. Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.

Unterschrift (ggf. Eltern/Vormund) _____ Datum _____