



Impfanamnesebogen

..... geb.
 Name, Vorname

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Hühnereiweiß, Antibiotika)
 Wenn ja, welche ?

.....

Nehmen Sie regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar) ?
 Wenn ja, welche ?

.....

Kam es nach früheren Impfungen zu schweren Nebenwirkungen oder Beschwerden
 (Allergien, hohes Fieber, Schock) ?

.....

Besteht zur Zeit eine akute Erkrankung ? Wenn ja, welche ?
 Hyposensibilisierung ?

.....

Leiden Sie unter einer schweren Erkrankung (Immunmangelkrankheit, Krankheiten des
 Nervensystems, Sonstige) ? Wenn ja, welche ?

.....

Wurde in den letzten 4 Wochen eine Schutzimpfung durchgeführt ?
 Ist in 4 Wochen eine andere Schutzimpfung geplant ? Wenn ja, welche ?

.....

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ?	Ja	Nein
Haben Sie einen Impfausweis?	Ja	Nein
Impfaufklärungsbogen wurde gelesen ?	Ja	Nein
Noch Fragen an den Arzt?	Ja	Nein

Einverständniserklärung zur Durchführung der – Impfung.

Ich habe den Inhalt des Impfaufklärungsblattes zur Kenntnis genommen und ich bin
 auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend durch den Arzt informieren
 zu lassen.

Molfsee, den

.....
 Unterschrift des Impflings bzw.
 des Sorgeberechtigten

.....
 Unterschrift des Arztes