

## Fragebogen vor Impfungen für zuhause und unterwegs

Warum dieser Bogen?

Ganz einfach: Sie selbst, als auch unsere Praxis möchten den bestmöglichen Schutz für zuhause und ganz besonders für Ihre Fernreise. Impfungen sind im Vergleich zu anderen medizinischen Anwendungen sehr gut verträglich. Die Notwendigkeit einer Impfung sollte aber auf die einzelne Person zugeschnitten, sowie individuell geprüft und beurteilt werden. Um dies zu gewährleisten, bedarf es einiger Fragen, die wir Sie bitten möchten zu beantworten. Sie helfen uns, Ihnen einen optimalen Schutz zukommen zu lassen.

- |  | ja                    | nein                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| • Leiden Sie zur Zeit an einer akuten oder chronischen Erkrankung?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Nehmen Sie zur Zeit Medikamente, wenn ja welche?.....              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Hatten Sie früher eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sind Krampfanfälle oder psychische Leiden bekannt?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Besteht eine Überempfindlichkeit oder Allergie gegen Hühnereiweiß? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Besteht sonst eine Allergie, wenn ja welche?.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ist bei Ihnen eine Schuppenflechte (Psoriasis) bekannt?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen/Schluckimpfungen erfolgt?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Neigen Sie zu Kreislaufschwäche / Ohnmacht nach Injektionen?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist eine Schwangerschaft beabsichtigt?                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

-----( **von der Praxis auszufüllen** )-----

Zu folgenden Schutzimpfungen und ggf. medikamentöser Malariaphylaxe wurde ich beraten:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Diphtherie / Tetanus / Polio<br><input type="radio"/> Grippeimpfung<br><input type="radio"/> Pneumokokkenimpfung<br><input type="radio"/> Hepatitis A-Impfung<br><input type="radio"/> Hepatitis B-Impfung<br><input type="radio"/> komb. Hepatitis A-B-Impfung | <input type="radio"/> Typhusimpfung (Oral oder Injektion)<br><input type="radio"/> Meningokokkenimpfung (AC oder ACWY)<br><input type="radio"/> Tollwutimpfung<br><input type="radio"/> Japanische Encephalitis-Impfung<br><input type="radio"/> Gelbfieberimpfung<br><input type="radio"/> ..... |
|---|---|

Malariamedikation:

**O vorbeugende Medikation mit**

- Chloroquin (Resochin® u.a.)
- Chloroquin/Proguanil (Resochin®-Paludrine® u.a.)
- Mefloquin (Lariam® u.a.)
- Atovaquon/Proguanil (Malarone®)

**O Standby-Medikation mit**

- Chloroquin (Resochin® u.a.)
- Mefloquin (Lariam® u.a.)
- Atovaquon/Proguanil (Malarone®)
- .....

Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und Antworten zu erhalten. Ich stimme den o.g. Impfungen/ der Malariavorsorge zu.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift