

--	--

Zur Abschätzung des Risikos möglicher Nebenwirkungen und zum Ausschluss von Gegenanzeigen für eine Gelbfieber-Impfung beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Leiden Sie unter akuten oder chronischen Infektionen?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Leiden Sie an Herz-, Leber- oder Nierenerkrankungen?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Sind Sie von Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) betroffen?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Sind Sie bereits früher gegen Gelbfieber geimpft worden?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
In welche/s Länder/Land wollen Sie verreisen? _____		
Reiseimpfungen sind im Allgemeinen Privatleistungen, jedoch werden die Kosten von einigen Gesetzlichen Krankenkassen übernommen.		
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____		
Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt oder eine Thymuserkrankung bekannt?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Ist oder war eine Allergie (Überempfindlichkeit) oder Asthma bekannt?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Ist eine spezielle Überempfindlichkeit gegen Hühnereiweiß bekannt?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Ist Ihr Immunsystem durch eine Krankheit oder eine Behandlung beeinträchtigt?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente ein?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/> ->
Welche? _____		
Wurden Sie während der letzten 4 Wochen geimpft?	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/> ->
Wenn JA, wogegen ? (Bitte Impfbuch vorweisen) _____		
Haben Sie zuletzt Störungen Ihres Allgemeinbefindens	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/> ->
Wenn JA, welche und wann ? _____		

Was ist nach der Gelbfieber-Impfung zu beachten?

Für die Dauer von 1 Woche nach der Gelbfieber-Impfung sollten Sie sich keinen größeren körperlichen Belastungen unterziehen (Leistungssport, Operation, Sauna) und Sonnenbäder sowie übermäßigen Alkoholgenuss vermeiden. Sie dürfen bis zu 4 Wochen nach der Gelbfieberimpfung kein Blut spenden und in dieser Zeit sollte der Eintritt einer Schwangerschaft vermieden werden (dies wäre aber kein Grund zu Schwangerschaftsabbruch).

Einverständniserklärung

Über die Notwendigkeit der Gelbfieber-Impfung und Ihre möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich habe diesen Aufklärungsbogen vollständig gelesen, verstanden und zutreffend beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/> ->
Frage(n) ? _____		
Ich hatte die Möglichkeit alle mich noch zusätzlich interessierenden Fragen zur Gelbfieberimpfung mit dem Impfarzt zu besprechen. Ich habe keine Fragen mehr und willige in die Durchführung der Gelbfieber-Impfung ein		
	NEIN <input type="radio"/>	JA <input type="radio"/>

Aufklärung und Gelbfieber-Impfung durchgeführt. Ihr Name: _____

Datum	Unterschrift Impfarzt	Unterschrift Patient/in ggf. Erziehungsberechtigte/r
-------	-----------------------	--