



Fragebogen vor Impfungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte lesen Sie diesen Fragebogen sorgfältig durch und beantworten Sie uns folgende Fragen:

Name:

Geburtsdatum:

1. Fühlen Sie sich unwohl?
 ja nein
2. Hatten Sie in den letzten 48h Fieber oder einen akuten Infekt, wie z. B. grippalen Infekt, Harnwegsinfekt, Magen-Darm-Infekt?
 ja nein
3. Haben Sie eine Allergie auf Hühnereiweiß?
 ja nein
4. Traten bei Ihnen nach einer früheren Impfung schonmal schwere Reaktionen oder Nebenwirkungen auf?
 ja nein
Wenn ja, welche?
5. Bei Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft oder stillen Sie?
 ja nein
6. Besteht eine Immunschwäche oder eine immunschwächende Medikation (wie Chemotherapie, Azathioprin, Humira, Remicade, Methotrexat, Kortison, Budesonid oder ähnliches)?
 ja nein
7. Sind infektiöse Erkrankungen wie Hepatitis, HIV etc. bekannt?
 ja nein
8. Sind Blutgerinnungsstörungen bekannt oder nehmen Sie einen Gerinnungshemmer (NOAK/Marcumar)?
 ja nein
Wenn ja, welchen?
9. Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden?
 ja nein
Wenn ja, womit?
10. Hatten Sie eine Hyposensibilisierung in den letzten 7 Tagen?
 ja nein
11. Haben Sie einen Impfpass?
 ja nein
Wenn ja: Geben Sie ihn bitte vorne an der Anmeldung zusammen mit diesem Bogen ab!

Bitte nach der Impfung keinen Sport oder andere körperliche Belastungen tätigen. Leichte Schmerzen im Impfbereich sind für 1-2 Tage normal!

Vielen Dank im Voraus!

Ihr Praxisteam



Informationen zu unerwünschten Wirkungen:

- Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz/Rötung/Juckreiz) kommen häufig vor und verschwinden meistens innerhalb von 2 Tagen.
- Reaktionen, die den ganzen Körper betreffen (Fieber/Muskelschmerzen/Unwohlsein) treten bei ca. 5% der Geimpften auf; sie halten selten länger als 2 Tage an.
- Schwere Nebenwirkungen (Nesselfieber/Schwellungen/Atemnot/Schock) treten äußerst selten auf.

Ich wurde über Nutzen, Risiken, Nebenwirkungen und Kosten der Impfung aufgeklärt.

Meine Fragen wurden von der behandelnden Arzt beantwortet.

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Ort/Datum:.....

Unterschrift Patient: