

Patientenbefragung vor Gelbfieberimpfung



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
vor Durchführung einer Gelbfieberimpfung sind
folgende Fragen von medizinischer Bedeutung:

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Petra Krüger & Sylvia Münster

Reisemedizinische Beratung
Gelbfieber-Impfstelle

Goethestraße 35 | 50858 Köln-Weiden
Tel.: 02234 / 688 75 60 | Fax: 02234 / 688 75 70
Mail: info@hausaeztfinnen-koeln.de
Internet: www.hausaeztfinnen-koeln.de

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

ja nein

Ist eine Allergie gegen Hühnerei oder Hühnereiweiß bekannt? _____

Ist eine Störung des Abwehrsystems bekannt? _____

Wurden Sie in den letzten 4 Wochen mit Kortison behandelt? _____

Wenn ja, in welcher Dosierung? _____

Erhielten Sie in den letzten 6 Monaten eine Chemotherapie oder eine Bestrahlung? _____

Ist eine Fehlfunktion des Thymus bekannt? _____

Ist eine HIV-Infektion bekannt? _____

Wurden Sie bereits einmal gegen Gelbfieber geimpft? _____

Wurden Sie in den letzten 4 Wochen gegen Masern/Mumps/Röteln geimpft? _____

Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? _____

BEI FRAUEN: Besteht eine Schwangerschaft? _____

Stillen Sie? _____

Das Informationsblatt zur Gelbfieberimpfung habe ich erhalten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

FÜR PATIENTEN NACH DEM 60. LEBENSJAHR

Ich bin über die Risiken einer Gelbfieberimpfung nach dem 60. Lebensjahr durch
Frau Dr. Petra Krüger / Frau Sylvia Münster am _____ ausführlich informiert worden.

Datum: _____ Unterschrift: _____