

Warum dieser Bogen?

www.hausarztzentrum-geesthacht.de

Ganz einfach: Sie möchten den bestmöglichen Schutz für Ihre Gesundheit. 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. Bitte helfen Sie uns, Ihnen einen optimalen Schutz zukommen zu lassen.

- | | ja | nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Leiden Sie zur Zeit an einer akuten Erkrankung (z. B. Infekt)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar) ein ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Nehmen Sie zur Zeit cortisonhaltige Medikamente ein? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Nehmen Sie zur Zeit Medikamente, wenn ja, welche?
O der Praxis bekannt. O sonstige: | <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, wogegen?..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wird bei Ihnen zur Zeit eine sog. Hyposensibilisierung (spezifische Allergie-
behandlung) durchgeführt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Sind in den letzten 4 Wochen andere Impfungen erfolgt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Ist es in der Vergangenheit zu Unverträglichkeiten nach Impfungen gekommen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Neigen Sie zu Kreislaufschwäche/Ohnmacht nach Injektionen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
Ist eine Schwangerschaft in den nächsten 3 Monaten beabsichtigt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(von der Praxis auszufüllen)

Zu folgenden Schutzimpfungen wurde ich beraten:

Arzt (Hz.):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie / Tetanus | <input type="checkbox"/> MMR (Masern,Mumps,Röteln, Lebendimpfstoff!) |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Grippeimpfung | <input type="checkbox"/> Meningokokkenimpfung (AC oder ACWY) |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokkenimpfung | <input type="checkbox"/> Typhusimpfung (Injektion) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A - Impfung | <input type="checkbox"/> Tollwutimpfung |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B - Impfung | <input type="checkbox"/> Japanische Encephalitis-Impfung |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten / Pertussis | <input type="checkbox"/> Cholera (Lebendimpfstoff!) |
| <input type="checkbox"/> Humane Papillomaviren (HPV) | <input type="checkbox"/> Gelbfieberimpfung (s. c. ! – nicht delegierbar!) |
| <input type="checkbox"/> Herpes zoster | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Impfausweis liegt vor | <input type="checkbox"/> Impfausweis liegt nicht vor |
| | MFA (Hz.): |

Ich wurde über die Impfung/en aufgeklärt / die Impfaufklärung habe ich gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und Antworten zu erhalten. Ich stimme den o.g. Impfungen zu.

Geesthacht, den

.....
Datum

.....
Name, Vorname

.....
Unterschrift des Patienten
(ggf. Gesetzlicher Vertreter)