

Fragebogen zu Impfungen/Reiseberatung

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

Leiden Sie zurzeit an einer akuten Erkrankung? (z. B. Temperatur über 38,5 Grad)	
<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.	Welche?

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?	
<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.	Welche?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? (z. B. Blutverdünner)	
<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.	Welche?

Besteht eine Allergie? (vor allem Hühnereiweiß)	
<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.	Welche?

Werden Sie derzeit wegen einer Allergie desensibilisiert?	
<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.	Welche?

Haben Sie bisher auf Impfungen außergewöhnlich reagiert?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.
Sind Bluttransfusionen oder Globulininjektionen im letzten Vierteljahr erfolgt?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.
Sind Impfungen in den letzten vier Wochen erfolgt?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja.

Wenn Sie HIV-positiv sind oder eine Immunschwäche bei Ihnen bekannt ist, teilen Sie das bitte unbedingt mit!

Reiseländer	Reisedauer von - bis
Reisestil	
<input type="checkbox"/> Hotel	<input type="checkbox"/> Trekking
<input type="checkbox"/> Familienurlaub	<input type="checkbox"/> beruflich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine Beratung zur Malariaphylaxe/stand by und die Ausgabe eines entsprechenden Rezeptes sind möglich.

Nachfolgende Impfungen möchte ich erhalten:			
<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Typhus	<input type="checkbox"/> Gelbfieber	<input type="checkbox"/> Pneumokokken
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Tollwut	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Mumps-Masern-Röteln
<input type="checkbox"/> Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> Grippe	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Meningokokkenmeningitis
<input type="checkbox"/> Pertussis	<input type="checkbox"/> FSME	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/>

Hinweis

Bitte nachfolgende Fragen erst vor Ort im Gesundheitsamt beantworten und unterschreiben!

- Ich habe die gelben Aufklärungsbögen des Deutschen Grünen Kreuzes zu den oben angekreuzten Impfungen gelesen und verstanden.
- Ich hatte die Gelegenheit zu einem Gespräch mit dem Arzt.

Unterschrift

Datum

Sie erreichen uns:
Tel. 0361 655-4292
Fax 0361 655-4259

Hausanschrift:
Juri-Gagarin-Ring 150, 99084 Erfurt
Stadtbahn 1,5

Postanschrift:
Stadtverwaltung Erfurt, Amt 53
99111 Erfurt

Online:
E-Mail: infektionsschutz@erfurt.de
Internet: www.erfurt.de/ef14287