**Gelbfieberimpfung - Fragebogen**

**Personalien:**

Name:       Vorname:

Geburtsdatum:       Geschlecht: [ ]  weiblich [ ]  männlich

Strasse:       PLZ:      Ort:

Tel privat:       Natel:       Tel Geschäft:       E-Mail:

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

**In welche/s Land / Länder wollen Sie verreisen?**

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Haben Sie aktuell gesundheitliche Probleme?**

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Durchgemachte Infektionskrankheiten:**

[ ]  Masern [ ]  Röteln [ ]  Mumps [ ]  Windpocken (Spitze Blattern)

[ ]  Hepatitis A [ ]  Hepatitis B [ ]  Hepatitis C [ ]  HIV

[ ]  Sonstige:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen / chronische Erkrankungen:**

[ ]  Bluthochdruck [ ]  Herzinfarkt [ ]  Herzschwäche [ ]  Schlaganfall

[ ]  Zuckerkrankheit [ ]  Magen-Darm-Krankheit [ ]  Leberkrankheit [ ]  Lungenkrankheit

[ ]  Nierenkrankheit [ ]  Psychische Erkrankung [ ]  Rheuma [ ]  Epilepsie

[ ]  Sonstige:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Operationen:**

[ ]  Milzentfernung [ ]  Thymusoperation [ ]  Sonstige:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergien / Unverträglichkeiten:**

[ ]  Antibiotika [ ]  Schmerzmittel [ ]  Hühnereiweiss [ ]  Soja [ ]  Sonstige:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme:**

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Impfungen:**

Bitte bringen Sie Ihre Impfausweise mit.

Haben Sie einen internationalen Impfausweis?

Traten jemals unerwünschte Impfnebenwirkungen auf? [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, bei welcher Impfung welche Nebenwirkung?

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei weiblicher Person: [ ]  schwanger [ ]  stillend