**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