

Impfanamnesebogen

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße Nr. _____ PLZ/Ort _____

Reiseziele _____

Reiseart (zB Pauschalurlaub, Rucksackreise, Geschäftsreise...) _____

Abreisetermin _____ Reisedauer _____

E-Mail _____ Tel. Mobil _____

Leiden Sie zur Zeit unter einer akuten oder chronischen Erkrankung, ggf. welcher?

Nehmen sie zur Zeit Medikamente ein? Bitte alle benennen!

Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt worden oder eine Thymuserkrankung bekannt?

ja nein

Sind psychische Erkrankungen oder Krampfanfälle bekannt? ja nein

Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Hühnereiweiß? ja nein

Besteht eine andere Allergie? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind in den letzten 4 Wochen Impfungen (einschl. Schluckimpfungen) oder Injektionen erfolgt? ja nein Wenn ja: Welche Impfungen und wann? _____

Sind anlässlich einer Impfung, Injektion oder Blutabnahme Schwäche oder

Ohnmachtzustände aufgetreten? ja nein

Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen/Medikamente bekannt? ja nein

Bei Frauen: besteht Schwangerschaft? ja nein

Bitte 15 Minuten nach der Impfung in der Praxis verbleiben.

Ort, Datum

Unterschrift