

Schutzimpfung:

Patientendaten:

## Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen für die zu impfende Person.

1. Leiden oder litten Sie in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)?

Ja       Nein

Wenn ja, woran?

2. Erfolgte bei Ihnen in den letzten 2 bis 4 Wochen eine andere Impfung, oder wird derzeit eine allergenspezifische Hyposensibilisierung bei Ihnen durchgeführt?

Ja       Nein

Wenn ja, welche und wann?

3. Nehmen Sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente?

Ja       Nein

Wenn ja, welche?

4. Bestanden bei Ihnen in der Vergangenheit nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

5. Wurde bei Ihnen vor kurzem ein operativer Eingriff durchgeführt oder ist ein solcher geplant?

Ja  Nein

Wenn ja, wann?

6. Haben Sie derzeit eine Wunde?

Ja  Nein

Wenn ja, wo und was?

7. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?

8. Ich habe keine weiteren Fragen und wurde ausreichend informiert.  
Ich bin mit der Impfung einverstanden.

Ja  Nein

Ort, Datum

Unterschrift der zu impfenden Person/  
gesetzlicher Vertreter