

Name, Vorname, geb.:

Tel.:

Hausarzt:

Krankensasse:

Reiseziel und -zeitraum:

Ggf. Reiseskizze mit Erläuterungen anfügen

Zur Abschätzung des Risikos möglicher Nebenwirkungen durch die Gelbfieber-Impfung beantworten Sie bitte folgende Fragen:

	Ja	Nein
– Leiden Sie an chronischen Infektionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Leiden Sie an Herz-, Leber- oder Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ist eine Überempfindlichkeit (Allergie) oder Asthma bekannt? (Wenn ja, ist gegen die Allergie je eine Desensibilisierung/Hyposensibilisierung durchgeführt worden?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ist eine Allergie gegen Hühnereiweiß bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ist Ihre Immunabwehr durch Krankheit (z.B. HIV) oder durch Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Kortison) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Wurden Sie in den letzten 4 Wochen geimpft? (Wenn ja, wogegen: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Haben Sie bereits früher eine Gelbfieberimpfung bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Haben Sie eine Lebendimpfung (z.B. MMR: Masern-Mumps- Röteln) im letzten Monat bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– (Nur für Frauen:) Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift

