



## Impfanamnesebogen

..... geb. ....  
Name, Vorname

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Hühnereiweiß, Antibiotika)  
Wenn ja, welche ?

.....

Nehmen Sie regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar) ?  
Wenn ja, welche ?

.....

Kam es nach früheren Impfungen zu schweren Nebenwirkungen oder Beschwerden  
(Allergien, hohes Fieber, Schock) ?

.....

Besteht zur Zeit eine akute Erkrankung ? Wenn ja, welche ?  
Hyposensibilisierung ?

.....

Leiden Sie unter einer schweren Erkrankung (Immunmangelkrankheit, Krankheiten des  
Nervensystems, Sonstige) ? Wenn ja, welche ?

.....

Wurde in den letzten 4 Wochen eine Schutzimpfung durchgeführt ?  
Ist in 4 Wochen eine andere Schutzimpfung geplant ? Wenn ja, welche ?

.....

|   |    |      |
|---|----|------|
| Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ? | Ja | Nein |
| Haben Sie einen Impfausweis?            | Ja | Nein |
| Impfaufklärungsbogen wurde gelesen ?    | Ja | Nein |
| Noch Fragen an den Arzt?                | Ja | Nein |

---

### Einverständniserklärung zur Durchführung der ..... – Impfung.

Ich habe den Inhalt des Impfaufklärungsblattes zur Kenntnis genommen und ich bin  
auf die Möglichkeit hingewiesen worden, mich ergänzend durch den Arzt informieren  
zu lassen.

Molfsee, den .....

.....  
Unterschrift des Impflings bzw.  
des Sorgeberechtigten

.....  
Unterschrift des Arztes