

**Impfzentrum Geesthacht: Dr. med. A. Zitzer**

**- Impfarzt -**

**Impf- und Beratungsprotokoll**



**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m / w

**Wollen Sie verreisen?** JA  NEIN

Reiseziele: 1. \_\_\_\_\_ Ankunft: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_ (Tage/Wochen)  
2. \_\_\_\_\_ Ankunft: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_ (Tage/Wochen)  
3. \_\_\_\_\_ Ankunft: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_ (Tage/Wochen)  
weitere Ziele: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsbedingungen am Reiseziel: touristisch, städtisch / ländlich; einfache Lebensbedingungen; langfristiger Aufenthalt; geschäftlich; beruflich, soziale / medizinische Aufgaben; besondere Aktivitäten (z.B. Tauchen, Bergsteigen) (zutreffendes markieren)

**Wie oft und welche Impfungen haben Sie bisher erhalten?** \_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
(z.B. Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung, Hepatitis A od.B, \_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
FSME, Grippe, u.a.) \_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**Fragen zur Verträglichkeit von Impfungen / Medikamenten:**

Leiden Sie an einer Allergie (Überempfindlichkeit) gegen \_\_\_\_\_  
Hühnereiweiß? JA  NEIN   
andere Allergene JA  NEIN   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie dauernd Medikamente ein, z.B. Herz/Kreislauf, Psychopharmaka, Entzündungshemmer? JA  NEIN   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie an einer Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten (z.B. anti-Malariamittel), Impfstoffe? JA  NEIN   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?** z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Bluterkrankungen, Nervensystem, Leber, Niere, Stoffwechsel (z.B. Diabetes), Hämophilie (Bluterkrankheit), Haut, Augen, Immundefizienz (Abwehrschwäche)?

\_\_\_\_\_ JA  NEIN   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie, Ihre Eltern oder Geschwister an Epilepsie (Anfallsleiden)? JA  NEIN   
Wurde / ist bei Ihnen eine Dialysebehandlung, eine Transplantation vorgesehen? JA  NEIN   
Falls ja, welche? \_\_\_\_\_  
Sind Sie schwanger / erwarten Sie in den kommenden Wochen / Monaten schwanger zu werden? JA  NEIN

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

**Einverständniserklärung**

Ich habe die Informationen zu Impfungen, Reiserisiken und zur Vorbeugung gegen Malaria gelesen. Über die Indikationen, möglichen Unverträglichkeiten und Nebenreaktionen aller vorgeschlagenen Impfungen (z.B. gegen Gelbfieber) bin ich im Gespräch aufgeklärt worden. Ich weiß, dass bei in Deutschland ggf. nicht zugelassenen Impfstoffen im Fall impfstoffbedingter Gesundheitsstörungen gegen den Hersteller und staatliche Aufsichtsbehörden kein gesetzlicher Entschädigungsanspruch besteht, unberührt vom Haftungsanspruch bei schuldhafter Verletzung der Sorgfaltspflicht. Ich habe keine weiteren Fragen an den Impfarzt. Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.

**Unterschrift** (ggf. Eltern/Vormund) \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_