|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Betriebsärztlicher Dienst** Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg Anmeldung: 06221 – 56 8966 Impfsprechstunde: 06221 – 56 **36030** [www.ukhd.de/betriebsarzt](http://www.ukhd.de/betriebsarzt) |

 |  |

**Fragebogen zur Schutzimpfung und Aufklärungsgespräch**

**Bitte zutreffende Antworten ankreuzen ⌧ und Fragebogen bei der Impfung vorlegen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind bei früheren Injektionen/Blutentnahmen Kreislaufreaktionen aufgetreten: z.B. Schweißausbruch, Übelkeit, Schwindel, Kollaps, Bewusstlosigkeit? | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind Allergien auf bestimmte Stoffe bekannt: z.B. Hühnereiweiß, Antibiotika, Formaldehyd, Aluminiumhydroxid, Thiomersal? | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt: z.B. Gerinnungsstörung, Immundefekt, rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose? | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurden Sie in den vergangenen zwei Wochen operiert, oder ist in den kommenden zwei Wochen eine Operation vorgesehen? | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nehmen Sie derzeit Medikamente ein (ausgenommen orale Kontrazeptiva)? Welche: | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wurden Sie innerhalb der letzten 4 Wochen gegen *Masern, Mumps, Röteln* oder *Varizellen (Windpocken)* geimpft? | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich habe weitere Fragen zur vorgesehenen Impfung! | Ja | Nein |
|  |
| Ich bestätige, dass ich mit der/den vorgesehenen Impfung/en einverstanden bin. | Ja | Nein |
|  |
| Ich bestätige, dass ich aufgeklärt wurde über: Indikation und Nutzen der Impfung, Vor- und Nachteile der Impfung, mögliche Nebenwirkungen der Impfung, Impfkomplikationen, Verhalten nach der Impfung | Ja | Nein |
|  |
| *Typische Beschwerden nach einer Impfung sind: Rötung, Schwellung und Schmerzen an der Impfstelle, auch sind Allgemeinreaktionen wie Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen und Unwohlsein möglich. Diese Reaktionen sind Ausdruck der gewünschten Auseinandersetzung des Immunsystems mit dem Impfstoff und klingen in der Regel nach wenigen Tagen ab.* |
|  |
| **Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .. Ch.-B. .. **Vorname:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Geb. Datum**: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *X* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ort Datum Unterschrift