

## Checkliste

Praxis Dres. Dammer/ Amasha

Gelbfieberimpfung Anamnese

1.2.4 (2) CL2

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

### Sehr geehrte Reisende, sehr geehrter Reisender,

die Gelbfieberimpfung kann bei Nichtbeachten bestimmter medizinischer Gegebenheiten wie Unverträglichkeiten, Alter und bestehender Grunderkrankungen zu ernstesten Nebenwirkungen führen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie freundlichst um folgende Angaben:

**1. Haben Sie bereits eine Gelbfieberimpfung erhalten, wenn ja, wann?**

0 nein      0 ja, Jahr: \_\_\_\_\_

Haben Sie diese Impfung gut vertragen?    0 ja    0 nein

**2. Leiden Sie an einer Hühnereiweißallergie?**

0 nein      0 ja      0 weiß ich nicht

**3. Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems wie beispielsweise einer Krebserkrankung, Bluterkrankung (Leukämie) oder einem Immundefekt etc.?**

0 nein      0 ja      0 weiß ich nicht

**4. Bekommen Sie eine Chemotherapie?**

0 nein      0 ja      0 weiß ich nicht

**5. Bekommen Sie Rheumamedikamente?**

0 nein      0 ja      0 weiß ich nicht

**6. Bekommen Sie Kortison?**

0 nein      0 ja      0 weiß ich nicht

**7. Wird eine Desensibilisierung gegen eine Allergie durchgeführt?**

8. 0 nein      0 ja      0 weiß ich nicht

**9. Für Frauen: Sind Sie (evtl.) schwanger?**

0 nein      0 ja      0 weiß ich nicht

Vielen Dank!