

IMPFFRAGEBOGEN / AŞI BİLGİ FİŞİ

Name/Adı, Soyadı: geb am/Doğum tarihi:

wohnhaft/Adres: Telefon/Telefon No:
(Wohnort, Straße/Şehir, Cadde) (tagsüber/İş saatlerinde ulaşılabilir)

Zutreffendes bitte einkreisen/Uygun olanı lütfen daire içine alın

1. Reiseland (-länder)/Seyahat edilecek ülke (ülkeler):
vorgesehener Abflugtermin/muhtemel seyahat tarihi:
Reisedauer (Wochen/Monate/Jahre)/Seyahat süresi (Hafta/Ay/Yıl)
2. Haben Sie frühere Impfungen gut vertragen?/Daha önce olduğunuz aşılara vücutdunuz iyi cevap verdi mi? Ja/Evet Nein/Hayır
3. Besteht eine Allergie gegen Hühnereier, Hühnerfleisch, Medikamente (zB Antibiotika wie Neomycin etc)?/ Tavuk yumurtasına, tavuk etine veya ilaçlara karşı alerjiniz var mı? (Örneğin, Neomycin vs. gibi antibiyotiklere karşı) Ja/Evet Nein/Hayır
4. Besteht eine gewisse Magenempfindlichkeit?/Mide hassasiyetiniz var mı? Ja/Evet Nein/Hayır
5. Fühlen Sie sich derzeit gesund, sind sie fieberfrei?/Halen sıhhatiniz iyi mi, ateşiniz yok mu? Ja/Evet /Yok Nein/Hayır/ Var
6. Liegt bei Ihnen eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche vor (Chemotherapie/Cortison, Bestrahlung, HIV/AIDS)?/ Doğuştan veya sonradan olan bağılıklık zayıflığınız var mı (Kemoterapi, işin tedavisi, HIV/AIDS)? Ja/Evet Nein/Hayır
7. Liegt bei Ihnen ein chronisches Leiden vor?/Kronik bir hastalığınız var mı? Ja/Evet Nein/Hayır
8. Hatten Sie je epileptische Krampfanfälle?/Epileptik nöbetiniz hiç oldu mu? Ja/Evet Nein/Hayır
9. Litten Sie je an psychischen Störungen?/Psikolojik rahatsızlığınız oldu mu? Ja/Evet Nein/Hayır
10. Nehmen Sie derzeit oder dauernd Medikamente ein? Wenn ja, welche? Halen veya devamlı olarak kullandığınız ilaç var mı? Varsa hangi ilaçlar? Ja/Evet Nein/Hayır
11. Besteht (eventuell) eine Schwangerschaft, stillen Sie?/Hamilelik (muhtemelen) var mı? Emziriyor musunuz? Ja/Evet Nein/Hayır
12. Haben Sie in den letzten Wochen eine Impfung erhalten? Wenn ja, welche? Son haftalarda aşı oldunuz mu? Ja/Evet Nein/Hayır
13. Haben Sie eine infektiöse Gelbsucht (Hepatitis) durchgemacht?/Bulaşıcı sarılık (Hepatitis) hastalığı geçirdiniz mi? Ja/Evet Nein/Hayır

.....
(Datum/Tarih)

.....
(Unterschrift/İmza)

Nur vom Arzt auszufüllen/Doktor dolduracak:

Gelbfieber/Sarı humma				
Diphtherie-Tetanus f Erw. (dT-reduct®)/Difteri-Tetanus erginler için				
Kinderlähmung (Polio Sabin®)/Çocuk felci				
Kinderlähmung (Polio Salk®)/Çocuk felci				
Hepatitis A 1440 (Havrix1440®)				
Hepatitis A 720 (Havrix720®)				
Hepatitis A+B (Twinrix für Erwachsene®/Yetişkinler için Twinrix)				
Hepatitis A+B (Twinrix für Kinder®/Çocuklar için Twinrix)				
Hepatitis B (Engerix®)				
Typhus oral (Vivotif®)/Tifo oral				
Typhus i.m. (Typhim®)/Tifo enjeksiyon				
Gehirnhautzündung (Mencevax®)/Menenjit				
Tollwut (Rabipur®)/Kuduz				
FSME-IMMUN® Inject/enjeksiyonu				
Malaria (Tabletten)/Malarya (Tablet)				
Sonstige/Diğer				