IMPFFRAGEBOGEN 05/2018

Name: ..... geb am: .....

wohnhaft: ..... Telefon: .....

Reiseland (-länder): .....
vorgesehener Abflugtermin: .....
Reisedauer .....

Haben Sie frühere Impfungen gut vertragen?	Ja	Nein
Besteht eine Allergie gegen Hühnereier, Hühnerfleisch, Medikamente (zB Antibiotika wie Neomycin etc)?	Ja	Nein
Fühlen Sie sich derzeit gesund, sind sie fieberfrei?	Ja	Nein
Liegt bei Ihnen eine angeborene oder erworbene Abwehrschwäche vor (Chemotherapie/Cortison/Bestrahlung/HIV/AIDS)?	Ja	Nein
Liegt bei Ihnen ein chronisches Leiden vor?	Ja	Nein
Hatten Sie je epileptische Krampfanfälle? / Litten Sie je an psychischen Störungen?	Ja	Nein
Nehmen Sie derzeit oder dauernd Medikamente ein? Wenn ja, welche?	Ja	Nein
Für Frauen: Besteht (eventuell) eine Schwangerschaft, stillen Sie?	Ja	Nein
Haben Sie in den letzten Wochen eine Impfung erhalten? Wenn ja, welche?	Ja	Nein

Ich bestätige, dass ich die Informationen sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich wurde über die Zusammensetzung des Impfstoffes, sowie Kontraindikationen /Gegenanzeigen zur Verabreichung und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufgeklärt und habe diese Informationen verstanden. Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung aufgeklärt und hatte die Möglichkeit zu einem persönlichen Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Datenschutzmitteilung gem. DSGVO 2018:
Gemäß § 51 Ärztegesetz ist jeder Arzt verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen erforderlichen Daten zu führen.

Ich bin mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden.

....
(Datum) (Unterschrift)