

Impfaufklärung

Name: Vorname: Geburtsdatum:

1. Besteht derzeit eine akute fieberhafte Erkrankung? ☐ Nein ☐ Ja
2. Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? ☐ Nein ☐ Ja
3. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? (Wenn ja, welche?) ☐ Nein ☐ Ja
4. Besteht eine Immunschwäche durch Erkrankungen wie Blutkrebs, HIV-Infektion, Milzentfernung oder durch Medikamente wie z.B. Kortison ? ☐ Nein ☐ Ja
5. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. durch Einnahme von Marcumar®)? ☐ Nein ☐ Ja
6. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder wird derzeit noch gestillt? ☐ Nein ☐ Ja
7. Wurden Sie in den letzten 4 Wochen gegen Gelbfieber, Dengue, Masern, Röteln, Windpocken oder Chikungunya geimpft? ☐ Nein ☐ Ja
8. Sind bei Ihnen oder Familienangehörigen je Komplikationen bei Impfungen aufgetreten? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, bitte kurz erläutern:

Alle von uns empfohlenen Impfungen sind sehr gut verträglich und bieten eine hohe Wirksamkeit. Aus rechtlichen Gründen müssen wir Sie dennoch über alle jemals aufgetretenen Nebenwirkungen aufklären. Eine Zusammenfassung der Herstellerangaben zu den einzelnen Impfungen finden Sie im Anhang. Die detaillierten Fachinformationen zu den einzelnen Impfungen können Sie in der Ambulanz einsehen.

- Jede Injektion kann **Schmerzen, Rötungen Schwellungen** und **Verhärtungen an der Injektionsstelle**, lokale **Lymphknotenschwellung**, sowie in seltenen Fällen **allergische Reaktionen** wie **Hautausschlag** und **Juckreiz, Herz-Kreislauf- und Atmungsstörungen** hervorrufen.
In Einzelfällen wurden als Komplikationen Nervenentzündungen bzw. ein Guillain-Barré-Syndrom beschrieben. In Einzelfällen kann die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt sein (z.B. bei Schwindel).
- Nach Gelbfieber, Dengue- und Chikungunyaimpfung wird eine 30minutige ärztliche Überwachung empfohlen.
- In der **Schwangerschaft und Stillzeit** sollte nur unter strenger Nutzen-Risikoabwägung geimpft werden.
- Im **Säuglings- und Kindesalter** gibt es bei manchen Impfungen Einschränkungen.

Hiermit erkläre ich, dass ich die Informationen zu den Nebenwirkungen und Kontraindikationen zur Kenntnis genommen habe. Es bestand in einem Gespräch ausreichend Gelegenheit Fragen zu stellen. Folgende besondere Fragen wurden besprochen:

Datum und Unterschrift: _____

Impfstatus und Empfehlung

Name:

Reiseziel:

Reisebeginn und Dauer:

☐ Urlaub

☐ FSJ/Studium

☐ beruflich

Reise und Indikationsimpfungen (wird vom Arzt ausgefüllt)

(wird vom Arzt ausgefüllt)	Dauer	Schema	Vorimpfung		Empfehlung
	Impfschutz	Anzahl, Abstand	Jahr	Anzahl	X = empfohlen, (X)= erwägen, ✓ = ausreichend
Hep. A	>30 Jahre	2x, 6-36 Monate			
Hepatitis A und B		3x, 0-1-6 Monate			
Typhus	3 Jahre	1 x			
Cholera	6-36 Monate	2x, 7 Tage			
Tollwut	(5 Jahre)	2-3x, (7)- 28 Tage			
FSME	(3-) 10 Jahre	3x			
Gelbfieber*	lebenslang gültig	1x			
Dengue*		0-3 Monate			
Chikungunya*		1x			
Japanische Enzephalitis	10 Jahre (nach 3. Impfung)	2x, 7-28 Tage Booster 1 Jahr			
Meningokokken (ACWY)	5 bzw. 10 Jahre	1x			
Meningokokken (B)		2x			

☐ Insektenschutz

☐ Hygiene

☐ medikamentöse Malariaprophylaxe

Standardimpfungen (wird vom Arzt ausgefüllt)

(wird vom Arzt ausgefüllt)	Monate					Jahre				letzte Impfung		Empfehlung
	2	4	11	12	15	5-6	9-18	ab 18	ab 60	Jahr	Anzahl	(nächste Impfung)
Tetanus	G1	G2	G3			A1	A2	A				
Diphtherie	G1	G2	G3			A1	A2	A				
Keuchhusten	G1	G2	G3			A1	A2	A3				
Polio	G1	G2	G3				A1	I				
Hepatitis B	G1	G2	G3					I				
Pneumokokken	G1	G2	G3						S			
Meningokokken C				G1								
Masern*, Mumps, Röteln			G1		G2			S				
Varizellen*			G1		G2			I				
HPV							2-3x					
Herpes Zoster									G1-G2			
Grippe									Jährlich			
Covid-19									Jährlich			
RSV												

G = Grundimmunisierung, A = Auffrischung, I = Indikationsimpfung, * Lebendimpfstoff

X = empfohlen, ✓ = ausreichend