

Dokumentationsbogen zur Impfung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Für eventuelle Rückfragen geben Sie bitte Handynummer und Email-Adresse an.

Handynummer (alternativ Festnetznummer):

Email-Adresse:

Wegen welcher Impfung kommen Sie?

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Impfung gegen Mumps-Masern-Röteln mindestens 4 Wochen nicht schwanger werden dürfen!

Haben Sie eine Hühnereiweißallergie? ja nein

Hatte Sie Komplikationen nach früheren Impfungen? ja nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber über 38,5 °C? ja nein

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine Operation? ja nein

Ist innerhalb der nächsten 3 Tage eine Operation geplant? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, geben Sie die Schwangerschaftswoche an:

Stillen Sie? ja nein

Erhalten Sie momentan eine Krebstherapie? ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein, die das Immunsystem beeinflussen? ja nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum:

Unterschrift:

Für internen Gebrauch

rechts

links

i.m. s.c.

i.m. s.c

i.m. s.c.

i.m. s.c