

Anamnesebogen Gripeschutzimpfung Uni Paderborn



Bitte den Bogen ausgefüllt mitbringen.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Versichertennummer	

1) Sind bei Ihnen Allergien bekannt (insbes. gegen Hühnereiweiß)?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2) Traten bei Ihnen nach früheren Impfungen unerwünschte oder allergische Reaktionen auf?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3) Haben Sie Anzeichen einer akuten Erkrankung (z.B. fieberhafter Infekt)?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4) Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5) Leiden Sie an einer Erkrankung des Immunsystems?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7) Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Alle Angaben habe ich nach bestem Wissen gemacht. Über mögliche Nebenwirkungen bin ich aufgeklärt worden und mit einer Impfung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Impflings