



# IMPFFRAGEBOGEN

www.impfservice.wien

Telefon: 01/4000-8015

Mo bis Fr von 8 bis 18 Uhr

BARCODE

Familienname (in BLOCKSCHRIFT)

Vorname (in BLOCKSCHRIFT)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

 

w m

SVNR (nur bei Bedarf)

Adresse (PLZ, Ort, Straße/Hausnummer)

Reiseziel und Reisedatum

Name des Erziehungsberechtigten bzw. Dolmetschers

Datum

Unterschrift der zu impfenden Person oder  
der/des Erziehungsberechtigten

Bitte beantworten Sie die untenstehende Fragen (Zutreffendes ankreuzen)		ja	nein
1	Traten bereits einmal nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Besteht derzeit oder bestand in den letzten 2 Wochen Fieber? - Bestehen derzeit andere Symptome wie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen? - Besteht derzeit eine andere Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Besteht eine Allergie (z.B. Hühnereiweiß, Medikamente)? - Wenn ja, welche? Falls derzeit eine Injektionstherapie gegen allergieauslösende Stoffe durchgeführt wird: - Wann war die letzte Verabreichung? - Wann ist die nächste Verabreichung geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Besteht eine angeborene oder erworbene Immunabwehrschwäche/Immunerkrankung? - Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Antibiotika, Blutverdünnung, Cortison) eingenommen? - Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wird derzeit eine Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Liegen schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Krebs, Autoimmunerkrankungen, Blutgerinnungsstörung) vor? - Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wurde vor kurzem eine eingreifende Behandlung (z.B. Operation) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Liegt eine chronisch entzündliche Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks vor? Traten schon einmal epileptische Anfälle auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Erfolgte in den letzten 6 Monaten eine Verabreichung von Blut, Blutprodukten oder Immunglobulinen? - Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Erfolgte in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung? - Wenn ja, welche und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kam es in den letzten 4 Wochen zu einem Zeckenstich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>