

## Gelbfieber-Fragebogen und Aufklärung

### Kontaktdaten Patient



### Dr. rer. medic. Alexander Hoffmann

*Facharzt für Allgemeinmedizin  
Reise- und Sportmedizin*

Zur Abschätzung des Risikos möglicher Nebenwirkungen und zum Ausschluss von Gegenanzeigen für eine Gelbfieber-Impfung beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Leiden Sie unter akuten und/oder chronischen Infektionen ? JA  NEIN

Leiden Sie an Herz-, Leber- oder Nierenerkrankungen? JA  NEIN

Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems? JA  NEIN

Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt oder eine Thymuserkrankung bekannt?

JA  NEIN

Ist oder war eine Allergie (Überempfindlichkeit) oder Asthma bekannt?

JA  NEIN

Ist eine spezielle Überempfindlichkeit gegen Hühnereiweiß bekannt?

JA  NEIN

Ist Ihre körpereigene Immunabwehr durch eine Krankheit oder eine Behandlung beeinträchtigt?

JA  NEIN

Nehmen Sie Medikamente ein ?

JA  NEIN  Wenn JA, welche?

Sind Sie von Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) betroffen?

JA  NEIN

Wurden Sie während der letzten 4 Wochen geimpft? JA  NEIN

Wenn JA, wogegen ?

Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?

JA  NEIN

Sind Sie bereits früher gegen Gelbfieber geimpft worden?

JA  NEIN

In welche/s Länder/Land wollen Sie verreisen?

### Reiseimpfungen sind im Allgemeinen Privatleistungen.

Eine Gelbfieber-Impfung kostet Sie in unserer Praxis derzeit ca. 50,- €. Heute werden jedoch auch Reiseimpfungen von einigen Gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Über die Notwendigkeit der Gelbfieber-Impfung und Ihre möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich habe diesen Aufklärungsbogen vollständig gelesen, verstanden und zutreffend beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr

JA  NEIN

Wenn JA, welche Frage(n) ?

Medizinisches Versorgungszentrum  
Akademische Lehrpraxis

Zentral-Telefon: 0361 262619100

Zentral-Fax: 0361 262619129

Web: [www.kielstein.de](http://www.kielstein.de)

Mail: [info@kielstein.de](mailto:info@kielstein.de)



Dr. med.

Kielstein

Ambulante Medizinische Versorgung GmbH

Ich hatte die Möglichkeit alle Fragen zur Gelbfieber-Impfung mit dem Impfarzt zu besprechen.

JA  NEIN

Ich habe keine Fragen mehr und willige nach Bedenkzeit in die Durchführung der Gelbfieber-Impfung ein

JA  NEIN

Datum

---

Unterschrift / Titel, Vorname, Name

*Unterschrift Patient/in,  
ggf. Erziehungsberechtigte/r*

---

Unterschrift Dr. rer. medic. Alexander Hoffmann

StaAStempelKasse