



Impfambulanz und Reisemedizin  
Neue Stiftingtalstraße 2, A-8010 Graz  
Tel.: 0316/385-73627

-----  
Familiennamen

-----  
Vorname

-----  
Adresse

-----  
Sozialversicherungsnummer

-----  
Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr

-----  
Name der Sozialversicherung

-----  
Email-Adresse

-----  
Tel. Nr.:

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) Name der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person

### PatientInnenanamneseblatt

Sollte die zu impfende Person zwischen dem Ausfüllen des Anamneseblattes und dem tatsächlichen Impftermin eine Erkrankung durchgemacht oder andere Impfungen erhalten haben, teilen Sie dies bitte der Ärztin/dem Arzt vor dem Impftermin mit.

Beim Impftermin sollten alle Impfaufzeichnungen (Impfausweis, Impfkarte) der zu impfenden Person vorgelegt werden.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie dieses Anamneseblatt bitte NICHT.

### Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

(X Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein
1. Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer <b>akuten Erkrankung</b> (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)? Wenn ja, woran ? .....		
2. Leidet die zu impfende Person an einer <b>Allergie</b> (insbes. auf Hühnereiweiß, Medikamente)? Wenn ja, an welcher?.....		

3. Nimmt die zu impfende Person regelmäßig <b>Medikamente</b> ein (z.B. Cortison, Zytostatika, zur Blutverdünnung)? Wenn ja, welche? .....		
4. Leidet die zu impfende Person an einer <b>schweren oder chronischen Erkrankung</b> ? (z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle) Wenn ja, an welcher? .....		
5. Hatte die zu impfende Person bereits einmal <b>nach einer Impfung Beschwerden</b> oder <b>Nebenwirkungen</b> (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? Wenn ja, welche? .....		
6. Hat die zu impfende Person <b>in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung</b> erhalten? Wenn ja, welche..... und wann? .....		
7. Hat die zu impfende Person <b>in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline</b> erhalten?		
8. Besteht eine Kollapsneigung bei Impfungen oder Blutabnahmen?		
9. Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer <b>eingreifenden Behandlung</b> (z.B. Operation) unterziehen?		
10. Besteht eine <b>Schwangerschaft/Stillzeit</b> bei der zu impfenden Person?		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zum obengenannten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren. Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin zu besprechen. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung/Blutabnahme einverstanden.

-----  
Datum

Unterschrift der zu impfenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.

- Weitere Informationen entnehmen Sie dem Beipacktext bzw. dem Impfinformationsblatt.
- Beim Auftreten von Nebenwirkungen informieren Sie bitte Ihren Arzt.
- Wird ein Impftermin versäumt, soll er zum ehestmöglichen Zeitpunkt nachgeholt werden!

### Ärztliche Anmerkungen:

-----  
Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes