

Fragebogen und Einverständniserklärung zur Gelbfieberimpfung

Hat in den **letzten 4 Wochen bei Ihnen eine Impfung** stattgefunden, wenn ja welche:

ich bin **schwanger**: ja nein

ich **stille**: ja nein

Immunschwäche (angeboren oder erworben): nein ja _____

Vorerkrankungen, bzw. gegenwärtige akute oder fieberhafte Erkrankungen:

Ich bin an der **Thymusdrüse** operiert worden: ja nein

Medikamente (einschliesslich Dosierung):

Allergien:

Impfausweis vorhanden: ja nein (vom Arzt zu vermerken)

Reisedatum: von bis

Reiseziel:

Reiseroute:

Hiermit erkläre ich, _____, geb. ____/____/____
dass ich über die Risiken und Nebenwirkungen, insbesondere auch über möglicherweise lebensbedrohliche Risiken und Nebenwirkungen einer Gelbfieberimpfung, und weitere Verhaltensweisen, auch im Hinblick auf eine geplante Schwangerschaft oder ggf. Stillen vollständig aufgeklärt wurde, und keine weiteren Fragen mehr habe. Ich bekomme die Impfung auf eigenen Wunsch und willige in diese ein. Eine internationale Impfbescheinigung im Impfausweis wurde mir heute ausgestellt. Ich bin darüber informiert, dass die Gelbfieberimpfung erst 10 Tage nach der Impfung amtlich gültig ist, und dass trotz der Impfung ein vollständiger Impfschutz gegen Gelbfieber nicht garantiert werden kann. Die offizielle Gebrauchsinformation des Herstellers habe ich erhalten.

Düsseldorf, den

(Unterschrift Impfling)