



FSME-Schutzimpfung

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen für **Kinder / Jugendliche**

Zur Verwendung im öffentlichen Gesundheitsdienst

Bezirksverwaltungsbehörde

Eingangsstempel

Rückfragen: _____

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen bzw. wählen Sie Zutreffendes aus.

Sollten sich zwischen der Beantwortung der unten stehenden Fragen und dem tatsächlichen Impftermin Änderungen im Gesundheitszustand / Impfstatus ergeben, wird um Information und Kontaktaufnahme mit der Impfärztin / dem Impfarzt ersucht.

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

1. Schutzimpfung

Schutzimpfung gegen FSME (FSME-IMMUN 0,25 ml Junior)

1. Teilimpfung
 2. Teilimpfung
 3. Teilimpfung
 1. Auffrischung nach 3 Jahren
 Auffrischung
 3. Kind
 4. Kind
 5. Kind
 ____ Kind (siehe Sonderregelung ab dem 3. Kind, Beiblatt 1)

2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion? <small>(z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere)</small> Wenn ja, woran? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Besteht bei der zu impfenden Person eine Allergie auf Medikamente oder Inhaltsstoffe des Impfstoffes? <small>(siehe Gebrauchsinformation)</small> Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hatte die zu impfende Person schon einmal einen allergischen Schock mit Blutdruckabfall, schwerer Atemnot oder Kollaps? Wenn ja, worauf? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgte bei der zu impfenden Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung oder wird derzeit eine allergenspezifische Immuntherapie / Hyposensibilisierung durchgeführt? Wenn ja, welche und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline erhalten? Wenn ja, was und wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nimmt die zu impfende Person blutverdünnende Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wird bei der zu impfenden Person derzeit eine Chemotherapie und / oder Strahlentherapie durchgeführt oder nimmt die zu impfende Person immunschwächende Medikamente ein <small>(z.B. Cortison)</small> ? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bestanden bei der zu impfenden Person in der Vergangenheit nach einer Impfung Beschwerden oder Nebenwirkungen? <small>(mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)</small> Wenn ja, nach welcher Impfung und welche? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Leidet die zu impfende Person an einer schweren oder chronischen Erkrankung? <small>(z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen)</small> Wenn ja, an welcher? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde vor Kurzem bei der zu impfenden Person ein operativer Eingriff durchgeführt oder ist ein solcher geplant? Wenn ja, wann? _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sofern eine Schwangerschaft bei der zu impfenden Person besteht, bitte ankreuzen! Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? _____	<input type="radio"/> Ja

