



Schutzimpfung gegen Pneumokokken/Gürtelrose

Aufklärungs- und Dokumentationsbogen für Erwachsene

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

Pneumokokken (Capvaxive)

Gürtelrose (Shingrix)

2. Anamnese / Gesundheitszustand

Frage	Antwort
Leidet oder litt die zu impfende Person in den letzten 7 Tagen an einer akuten Erkrankung oder Infektion? (z.B. Fieber, Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, andere) 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? (siehe Gebrauchsinformation) 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 (z.B. Cortison)? 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? (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber) 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? (z.B. Immunschwäche, Krebserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen) 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

