



Praxis für Transfusionsmedizin
Prof. Dr. med. Jürgen Ringwald

Facharzt für Transfusionsmedizin
 ZB Hämostaseologie/Ärztliches QM
 Gelbfieberimpfstelle/Reisemedizinische Beratung

Terminvereinbarungen für Sprechstunde (Gerinnung/Reisemedizin) unter 04154/8073-2824
Weitere Informationen unter www.praxis-ringwald.de

Impfanamnese Teil 1:

Personalien: (Bitte unbedingt deutlich lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Name: _____ Vorname: _____ Krankenkasse: _____

Geburtsdatum: _____ PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____

Straße: _____ Beruf: _____ Fax (ggf.): _____

e-mail-Adresse (freiwillig): _____

Reiseziel/Reiseziele: _____

Abreisedatum: _____ Aufenthaltsdauer: _____

Erstmals in Subtropen oder Tropen? Ja/Nein, wenn nein, wo waren Sie schon? _____

Reiseart (z.B. „Rucksackreise“, Pauschalreise etc.): _____

Impfanamnese Teil 2:

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wurden Sie während der letzten <u>6 Wochen</u> geimpft ?
Wenn ja, wogegen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurde Ihnen während der letzten <u>3 Monate</u> Immunglobulin
(z.B. Beriglobin®) injiziert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Besteht bei Ihnen eine Nahrungsmittel-Allergie gegen Hühner-
eiweiss oder <u>weitere</u> Allergien (z.B. gegen Konservierungs-
stoffe, Antibiotika)?
Wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hatten Sie früher Impfkomplikationen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurde bei Ihnen eine sog. Desensibilisierungsbehandlung wegen
einer Allergie (Heuschnupfen usw.) durchgeführt bzw. wurde eine
solche Behandlung vor weniger als 2 Wochen behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bestehen bei Ihnen fiieberhafte oder sonstige akute Erkrankungen
oder eine Leber- bzw. Nierenerkrankung ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Stehen Sie unter Behandlung mit Cortison, Rheuma-Medikamenten
Zytostatika oder Röntgenbestrahlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hatten Sie kürzlich eine Operation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9. Befinden Sie sich in einer Stresssituation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hatten Sie jemals eine Hirnschädigung erlitten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ist bei Ihnen eine Abwehrschwäche bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Befinden sich in Ihrer näheren Umgebung Menschen mit bekannter Abwehrschwäche (z.B. HIV-positiver bzw. AIDS-erkrankter Patient oder Krebspatient unter Chemo- oder Strahlentherapie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. <u>Nur für Frauen</u> : Kann eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Erlitten Sie oder einer Ihrer näheren leiblichen Verwandten jemals eine tiefe Beinvenenthrombose oder gar eine Lungenembolie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ist in Ihrer leiblichen Familie ein Venenleiden oder ein vererbbares Thromboserisiko bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Hinweise zum Verhalten vor und nach Impfungen:

Körperliche Anstrengungen, übermäßiger Alkohol- und Nikotin-Genuss sind am Impftag zu vermeiden. Bei Auftreten von schweren bzw. untypischen Nebenwirkungen informieren Sie mich bzw. meine Vertretung bitte auf alle Fälle.

Mögliche Impfreaktionen bzw. Nebenwirkungen bei Impfungen:

Die häufigsten Nebenreaktionen sind z.B. Rötung, Schwellung, Schmerzen oder Verhärtungen an der Impfstelle; gelegentlich auch mit einer Anschwellung der angrenzenden Lymphknoten. Gelegentlich werden auch Allgemeinreaktionen im Sinne von leichtem Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit, Unwohlsein, Müdigkeit, Abgeschlagenheit oder grippeartige Erscheinungen beobachtet (zumeist ca. 2-3 Tage nach der Impfung). Dies sind zumeist keine „echten“ Nebenwirkungen, sondern werden durch das aktivierte Immunsystem als Folge der Impfung verursacht. Besonders bei Kindern werden Körpertemperaturerhöhungen nach Impfungen öfters festgestellt. In sehr seltenen Ausnahmefällen kann es u.U. zu Entzündungen der Nerven oder des Gehirns (bei der Gelbfieberimpfung z.B. 1 unter 17 Millionen!) oder zu untypischen immunologischen Reaktionen (sog. hämatologische Autoimmunerkrankungen) kommen. Bei Nichtbeachten oder evtl. bislang nicht bekannter Überempfindlichkeit (Allergie) gegen einen der Inhaltsstoffe des jeweiligen Impfstoffes kann es zu allergischen Reaktionen wie Juckreiz, Hautausschlag, Nesselsucht bis hin zu schwerer Atemnot und Schocksyndrom kommen. Darum ist sehr wichtig, daß Sie uns etwaige bekannte Allergien oder Impfkomplicationen unbedingt mitteilen (s. Fragen 3 und 4).

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und habe die o. g. Hinweise zur Kenntnis genommen.

Lütjensee, den _ _____

(Unterschrift Patient/Patientin, bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)