

	Formular	IHR Klinikum OSNABRÜCK	
Infektiologisches Centrum	Anmeldungs- und Beratungsbogen	IC-Form-001	Version 01 01.11.2010

Bitte vor **jedem** Impf- oder Beratungstermin ausfüllen:

Name:.....Vorname:.....Geb. Datum:.....

Straße/Nr.:.....PLZ/Wohnort:.....Tel:.....

Reiseziel:.....Reisedauer (Tage).....Abreisedatum.....

Bitte beantworten Sie folgende Fragen: ja nein

- Leiden Sie z.Zt. an einer akuten oder chronischen Erkrankung? Wenn ja, welche?

- Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Wenn ja, welche?

- Hatten sie schon mal eine Thrombose?

- Hatten Sie schon mal eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung?

- Besteht eine Überempfindlichkeit bzw. Allergie gegen Hühnereiweiß oder Medikamente?

- Ist in den letzten 4 Wochen eine Impfung erfolgt?

- sind anlässlich einer Impfung Schwäche- oder Ohnmachtszustände aufgetreten?

- besteht eine Schwangerschaft? Stillen Sie z.Zt.?

Ergänzungen:

Datum:.....

Unterschrift:.....

Folgende Impfungen wurden durchgeführt (Aufkleber):