

## Dr. med. Lida Priëß

Fachärztin für Allgemeinmedizin - Naturheilverfahren  
Akupunktur-Sportmedizin - Manuelle Medizin - Chirotherapie

### Reise-u. Tropenmedizin-Gelbfieberimpfstelle

Mondstr. 132 ; 48155 Münster

Tel: 0251 314734 ; Fax: 0251 381353

[www.praxis-lida-priess.de](http://www.praxis-lida-priess.de) ; [Mail@praxis-lida-priess.de](mailto:Mail@praxis-lida-priess.de)



### Zur Abschätzung des Risikos möglicher Nebenwirkungen und zum Ausschluss von Gegenanzeigen für eine Gelbfieber-Impfung beantworten Sie bitte folgende Fragen:

|  |                            |                             |
|--|----------------------------|-----------------------------|
| Leiden Sie unter akuten oder chronischen Infektionen?  | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| Leiden Sie an Herz-, Leber- oder Nierenerkrankungen?   | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems?  | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| <b>Nur für Frauen:</b> Sind Sie schwanger?   | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| Sind Sie von Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) betroffen?  | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| Sind Sie bereits früher gegen Gelbfieber geimpft worden?   | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| In welche/s Länder/Land wollen Sie verreisen? _____  |                            |                             |
| Reiseimpfungen sind im Allgemeinen Privatleistungen, jedoch werden die Kosten von einigen Gesetzlichen Krankenkassen übernommen. |                            |                             |
| Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____  |                            |                             |
| Ist bei Ihnen die Thymusdrüse entfernt oder eine Thymuserkrankung bekannt?   | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| Ist oder war eine Allergie (Überempfindlichkeit) oder Asthma bekannt?  | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| Ist eine spezielle Überempfindlichkeit gegen Hühnereiweiß bekannt?   | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| Ist Ihr Immunsystem durch eine Krankheit oder eine Behandlung beeinträchtigt?  | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/>    |
| Nehmen Sie Medikamente ein?  | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/> -> |
| Welche? _____  |                            |                             |
| Wurden Sie während der letzten 4 Wochen geimpft?   | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/> -> |
| Wenn JA, wogegen ? (Bitte Impfbuch vorweisen) _____  |                            |                             |
| Haben Sie zuletzt Störungen Ihres Allgemeinbefindens   | NEIN <input type="radio"/> | JA <input type="radio"/> -> |
| Wenn JA, welche und wann ? _____   |                            |                             |

### Was ist nach der Gelbfieber-Impfung zu beachten?

Für die Dauer von 1 Woche nach der Gelbfieber-Impfung sollten Sie sich keinen größeren körperlichen Belastungen unterziehen (Leistungssport, Operation, Sauna) und Sonnenbäder sowie übermäßigen Alkoholgenuß vermeiden. Sie dürfen bis zu 4 Wochen nach der Gelbfieberimpfung kein Blut spenden und in dieser Zeit sollte der Eintritt einer Schwangerschaft vermieden werden (dies wäre aber kein Grund zu Schwangerschaftsabbruch).

### Einverständniserklärung

Über die Notwendigkeit der Gelbfieber-Impfung und Ihre möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich habe diesen Aufklärungsbogen vollständig gelesen, verstanden und zutreffend beantwortet.

Ich habe keine weiteren Fragen mehr  NEIN  JA  ->

Frage(n) ? \_\_\_\_\_

Ich hatte die Möglichkeit alle mich noch zusätzlich interessierenden Fragen zur Gelbfieberimpfung mit dem Impfarzt zu besprechen. Ich habe keine Fragen mehr und willige in die Durchführung der Gelbfieber-Impfung ein  NEIN  JA

Aufklärung und Gelbfieber-Impfung durchgeführt. Ihr Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Impfarzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in ggf. Erziehungsberechtigte/r