

**Tropenärzte am Werderschen Markt**  
**Impfstation -Auswärtiges Amt-**  
 Werderscher Markt 1  
 10117 Berlin



**030-1817-1933**  
**Fax 030-1817-4753**

**Informationen für den Impfarzt**  
*Bitte sorgfältig durchlesen und ausfüllen!*  
*Unterschrift nicht vergessen.*

_____	_____	_____
(Name)	(Vorname)	(Geb.Datum)
_____	_____	_____
(PLZ) (Wohnort)	(Straße)	(Telefon)
Reiseziel und Datum des Reiseantritts: _____		Reisedauer _____

**Bestimmte Impfungen sind nicht frei von Risiken.**  
**Insbesondere, wenn Vorerkrankungen, bestimmte Therapien u.a.m. vorliegen, sollten diese dem Impfarzt bekannt sein.**  
**Daher bitten wir um Beantwortung folgender Fragen v o r der Impfung:**

	bitte ankreuzen	
	ja	nein
<i>Leiden Sie z. Zt. an einer akuten oder chronischen Erkrankung?</i>		
<i>Nehmen Sie z.Zt. Medikamente ein? Gegebenenfalls welche?</i>		
<i>Hatten Sie früher eine Nerven- oder Gehirnhautentzündung?</i>		
<i>Sind psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) oder Krampfanfälle aufgetreten?</i>		
<i>Besteht eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Hühnereiweiß?</i>		
<i>Besteht eine andere Allergie? Ggfs. welche? Besteht eine Schuppenflechte?</i>		
<i>Sind in den letzten vier Wochen Impfungen (einschließlich Schluckimpfungen) oder Injektionen erfolgt? Ggfs. welche?</i>		
<i>Sind anlässlich einer Impfung, Injektion oder Blutabnahme Schwäche- oder Ohnmachtszustände aufgetreten?</i>		
<i>Sind anlässlich von Vorimpfungen Impfreaktionen (größere Schwellung an der Injektionsstelle, Hautausschlag, andere?) aufgetreten?</i>		
<i>Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?</i>		

*Warten Sie nach Impfungen ca. **15 Min.**, ehe Sie die Impfstation verlassen. Schonen Sie sich 3 Tage nach der Impfung. Weitere Informationen über die Impfungen entnehmen Sie bitte den entsprechenden Merkblättern vor der Impfung (Sie erhalten diese bei Anfrage an der Anmeldung). Bitte fragen Sie auch Ihren Impfarzt.*

Berlin, den \_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des Patienten

bitte wenden →

<b>Informationen über den Impfling</b>			
<b><u>Vom Impfarzt auszufüllen</u></b>			
<b>Erfolgte Leistungen (ankreuzen)</b>			
ausführliche Beratung (3.5;B2)			
Beratung auch mittels Fernsprecher (2.5; B1)			
Konsultation (Wiederholungsimpfung)			
Symptombezogene Untersuchung			
<b>Impfungen (ankreuzen)</b>		ggf. Chargen-Nr.	<b>Wie viele Impfung?</b> I, II, III, Booster
Polio IPV			
Td Polio und Pertussis			
<b>Gelbfieber</b>			
Hepatitis A			
Hepatitis B			
Hep. A u. B			
Hepatitis A für Kinder			
Hepatitis B für Kinder			
Hep. A.u. B für Kinder			
Meningokokken ACWY			
Japanische Encephalitis			
Typhus			
Tollwut			
Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME)			
(FSME) Kinder 3-12Jahre			
MMR			
Dengue-Fieber			
Sonstiges			
<b>Empfehlungen bzw. Rezept</b>			
Resoching			
Paludrine			
Lariam			
Doxycyclin			
Malarone			
Riamet			

**Unterschrift des Impfarztes:**