



**Dr. med. Jochen Röttele**

Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie  
Hausärztliche Versorgung  
Lymphologie BVL/DGL™  
Notfallmedizin

# Patientenfragebogen - Impfung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Ich hatte in den letzten 4 Wochen eine Impfung?**

JA , NEIN

Wenn ja, welche:

**In den kommenden 2 Wochen ist eine Operation geplant?**

JA , NEIN

Wenn ja, welche:

**In den letzten 2 Wochen ist bei mir eine Erkrankung aufgetreten**

JA , NEIN

Wenn ja, welche:

**Ich habe Fieber** (Körpertemperatur über 38°C)

JA , NEIN

Ich hatte in den letzten 3 Wochen Kontakt zu Personen mit ansteckenden Krankheiten

JA , NEIN

**Ich habe eine Infektionskrankheit** (z.B. Hepatitis, Tuberkulose, AIDS)

JA , NEIN

Wenn ja, welche:

**Ich nehme regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente ein**

JA , NEIN

z.B. Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Xarelto®, Pradaxa®, Eliquis®, Heparin

**Ich habe eine Allergie, Heuschnupfen, allergisches Asthma oder Unverträglichkeit bestimmter Substanzen**

JA , NEIN

Wenn ja, welche Allergien? (Allergieausweis bitte vorlegen)

**Bei mir oder meiner Blutsverwandtschaft besteht eine Blutungsneigung**

JA , NEIN

z.B häufiges Nasen- / Zahnfleischbluten, blaue Flecken, Nachbluten bei Operationen

**Bei früheren Impfungen traten Komplikationen auf?**

JA , NEIN

Wenn ja, welche?

**Für Frauen: Sind Sie schwanger?**

JA , NEIN

**Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden**

JA , NEIN

**Ich habe Fragen an den Arzt und wünsche ein Arztgespräch**

JA , NEIN

**Ich habe keine weiteren Fragen und möchte geimpft werden.**

JA , NEIN

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten ggf. gesetzlichen Vertreters)

Chargen-Nr. \_\_\_\_\_