

# Impfplan für

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Impfstoff	Grundimmunisierung				Auffrischung am
	1. Dosis am	2. Dosis am	3. Dosis am	4. Dosis am	

## Angaben zum Gesundheitszustand vor Durchführung der Impfung

Vor Durchführung der Impfung bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Sind Sie / ist der Impfling gegenwärtig gesund?

Ja

Nein

Falls nein, welche Beschwerden bestehen \_\_\_\_\_

2. Werden gegenwärtig Medikamente eingenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

3. Leiden Sie, leidet der Impfling an einer Allergie?

Ja

Nein

(u.a. Hühnereiweißallergie?)

4. Sind bei Ihnen / beim Impfling nach einer früheren Impfstoffgabe allergische Erscheinungen, Unverträglichkeiten, Fieber oder sonstige Beschwerden aufgetreten?

Ja

Nein

5. Besteht zu diesem Zeitpunkt eine Schwangerschaft?

Ja

Nein

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Dokumentation der Impfung

<b>Impfdatum</b>	<b>Impfung gegen</b> (Krankheit)	<b>Impfstoff</b> (Herstellername)	<b>Chargennummer</b> (Aufkleber)	<b>Arzt</b> (Stempel und Unterschrift)