	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):