

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?

Falls nein, welche Beschwerden bestehen_____

Ja

Nein

2. Werden gegenwärtig Medikamente eingenommen?

Wenn ja, welche_____

Ja

Nein

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

(u.a. Hühnereiweißallergie?)

Ja

Nein

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

Impfdatum	Impfung gegen (Krankheit)	Impfstoff (Herstellername)	Chargennummer (Aufkleber)	Arzt (Stempel und Unterschrift)