

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

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