

Fragenblatt zur Masernimpfung Bezirk

Adresse			
Name für die Impfung vorge- sehenen Kindes		Geschlecht M . W	Geboren am . 200 (Jahr Monate)
Name des Erziehungs- berechtigten	Tel.-Nr.:		

und dann Zutreffendes, bitte, ankreuzen!

Temperatur zum Zeitpunkt der Untersuchung	Grad	Min
--	------	-----

Fragenliste		Für den Arzt	
Haben Sie die Benachrichtigung Ihres Bezirks über die heutige Impfung gelesen?	Ja	Nein	
Frage zur Entwicklung Ihres Kindes			
Geburtsgewicht: Gramm	Ja	Nein	
Komplikationen bei der Geburt	Ja	Nein	
Komplikationen nach der Geburt	Ja	Nein	
Wurden Sie bei den regelmäßigen Säuglingsuntersuchungen auf Komplikationen hingewiesen	Ja	Nein	
Fühlt sich Ihr Kind heute wohl oder kränkt es? ()	Ja	Nein	
War Ihr Kind während der letzten fünf Wochen krank?	Ja	Nein	
Es handelt sich um (bez. der Krankheit)	Ja	Nein	
Hatte während der letzten fünf Wochen irgendjemand in Ihrer Familie Masern, Röteln, Mumps o. ä. ?	Ja	Nein	
Es handelt sich um (bez. der Krankheit)	Ja	Nein	
Wurde Ihr Kind während der letzten fünf Wochen geimpft?	Ja	Nein	
Name der Impfung ()	Ja	Nein	
Stand das Kind bisher wegen einer spezifischen Krankheit (erbliche Krankheiten, Herz, Nieren, Leber, Gehirnnerven, Immun-Insuffizienz, andere Krankheiten) in Untersuchung?	Ja	Nein	
Es handelt sich um (bez. der Krankheit)	Ja	Nein	
Sagte der Arzt, der das Kind auf diese Krankheiten hin untersuchte, dass die heutige Impfung problemlos durchgeführt werden könne?	Ja	Nein	
Hat Ihr Kind an Kämpfen gelitten? (In welchem Alter?)	Ja	Nein	
War es dabei auch fiebrig?	Ja	Nein	
Hat Ihr Kind durch Nahrung oder Medikamente bedingt schon einmal einen Ausschlag oder eine Hautrötung bekommen?	Ja	Nein	
Wurde bei einem Ihrer Kinder erbliche Immun-Insuffizienz diagnostiziert?	Ja	Nein	
Zeigte Ihr Kind früher schon auf eine Impfung eine negative Reaktion?	Ja	Nein	
Name der Impfung ()	Ja	Nein	
Reagieren andere Familienangehörige negativ auf Impfungen?	Ja	Nein	
Hat Ihr Kind während des letzten halben Jahres eine Bluttransfusion oder eine Gammaglobulin-Injektion bekommen?	Ja	Nein	
Haben Sie hinsichtlich der heutigen Impfung noch Fragen?	Ja	Nein	
Vom diagnostizierenden Arzt auszufüllen 200__ Als Ergebnis dieser Untersuchung wird <ul style="list-style-type: none"> ▪ die heutige Impfung als unbedenklich angesehen ▪ wird von der Impfung zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgeraten) Unterschrift des Arztes			

Ich habe die Erklärungen des Arztes entgegengenommen und möchte, dass mein Kind heute **NICHT** geimpft wird.
Unterschrift des Erziehungsberechtigten _____

(Anm.): Gammaglobulin ist ein Blutplasma-Produkt, das auch zur Prophylaxe von Infektionen wie A-Hepatitis und zur Heilung von schweren Infektionen injiziert wird. Es ist möglich, dass bei Patienten, die innerhalb der vergangenen 3 bis 6 Monate vor der Impfung eine solche Injektion erhalten haben, die Wirkung der Masernimpfung sich nicht voll entfaltet.

Verwendetes Vakzin	Impfmenge	Wird durchgeführt in....., von
Name des Vakzins: Trockenes schwachgiftiges Masernvakzin Ampullen-Nr:	(subkutan) 0.5 ml	Ort der Impfung: Name des Arztes: Datum der Impfung ____ . ____ 200__