

Fragenblatt zur Masernimpfung Bezirk

Adresse				
Name für die Impfung v o r g e - s e h e n e n K i n d e s	Geschlecht M · W	Geboren am . 200 (Jahr Monate)		
Name des Erziehungsberechtigten	Tel.-Nr.:			

※ Zuerst unbedingt „Vorsorgeimpfung und Gesundheit der Kinder“ lesen,

und dann Zutreffendes, bitte, ankreuzen!

Temperatur zum Zeitpunkt der Untersuchung

Grad Min

F r a g e n l i s t e

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 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? Es handelt sich um _____ (bez. der Krankheit)	Ja	Nein	
Hatte während der letzten fünf Wochen irgendjemand in Ihrer Familie Masern, Röteln, Mumps o.ä.? Es handelt sich um _____ (bez. der Krankheit)	Ja	Nein	
Wurde Ihr Kind während der letzten fünf Wochen geimpft? 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? 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 könnte?	Ja	Nein	
Hat Ihr Kind an Kämpfen gelitten? (In welchem Alter?) 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? 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 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 _____

(Ann.) Gammaglobulin ist ein Blutplasmaprodukt, 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