

Impfanamnese

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Bekannte Allergien: _____

Beruf: _____

Risikoexpositionen? (z.B. Feuerwehr, Jäger usw.)

Hatten Sie die folgenden Krankheiten?

Bitte ankreuzen

Masern	Mumps	Röteln	Windpocken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frauen:

Besteht ein Kinderwunsch?		Sind Sie zurzeit schwanger?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Besonderheiten:

Befinden sich zurzeit Schwangere in Ihrer Umgebung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	----------------------------------

Datum: _____

Unterschrift: _____

impfanamnese -

kopiez:\dokumente\oeffentliche_dokumente\rebecca\impfungen\impfanamnese -
kopie.docx