

Impfanamnese

Name:

Geburtsdatum:

Bekannte Allergien:

Beruf:

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

Hatten Sie die folgenden Krankheiten? Bitte ankreuzen:

Masern

Mumps

Röteln

Windpocken

Für Frauen:

Besteht ein Kinderwunsch?

Ja

Nein

Sind Sie zurzeit schwanger?

Ja

Nein

Besonderheiten:

Befinden sich zurzeit

Schwangere in Ihrer Umgebung?

Ja

Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____