

Anmeldebogen

Impfsprechstunde (in der IDA)

Telefax 089 4400 53964

Ausgang am:

Eingang am:

Termin am:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
wir erbitten folgende Informationen über Ihre/n Patienten/in, um einen **gezielten** und **vorbereiteten Termin** in unserer Impfsprechstunde zu ermöglichen. Ein ambulanter fachärztlicher **Überweisungsschein** ist zum Termin erforderlich und bei der Anmeldung bitte vorzulegen.

Patient:

Name:

Geburtsdatum:

Tel. der Eltern:

Email der Eltern:

Kinderarzt

Name:

Telefon: (Stempel)

Fax:

- I. Vorstellungsgrund:** Unerwünschtes Ereignis nach Impfung Impfberatung
 Impfungen bei chronischer Erkrankung Anderes

II. Anamnese

(1) Unerwünschtes Ereignis: Beginn (Datum):
Datum der Impfung:
Nach welcher(n) Impfung(en):
Kurze Beschreibung des Ereignisses:

- Vollständig genesen: ja nein
Aktuell ausstehende Impfungen: nein ja:
Bisherige Impfungen: Impfreaktionen ja nein
Allergien: ja nein
Familienimpfanamnese: unauffällig ja nein

(2) Grunderkrankung:
Betreuender Spezialist:
Medikation:

- (3) Impfberatung:**
Positive Familienimpfanamnese: ja nein
Immunsuppressive Therapie der Mutter: ja nein

(4) Anderes:

III. Befunde - Bitte fügen Sie alle Befunde inkl. Impfdokumentation in Kopie der Anmeldung bei.

Mit bestem Dank und Gruß!