



## **INFORMATION FÜR REISENDE:** **DENGUEFIEBER-IMPfung MIT QDenga®**

Zur Abschätzung des Risikos möglicher Nebenwirkungen durch die Impfung und zum Ausschluss von Gegenanzeigen beantworten Sie bitte folgende Fragen:

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ist oder war bei Ihnen eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Impfstoffe bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in letzter Zeit körperliche Veränderungen/Störungen Ihres Allgemeinbefindens bemerkt; hatten Sie in den letzten Tagen Fieber? wenn ja, was/welche und wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihre körpereigene Abwehr (Immunsystem) durch eine Krankheit (z. B. innere Erkrankung, HIV- Infektion) oder durch bestimmte Behandlungen (Chemotherapie, Hyposensibilisierung, Antikörpergabe, Kortisontherapie, Strahlentherapie, Transplantation) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein oder bekommen Sie Medikamente gespritzt? Falls ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhalten oder erhielten Sie Immunglobuline oder immunglobulinhaltige Blutprodukte wie Blut oder Plasma in den letzten 3 Monaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie während der letzten 4 Wochen geimpft? Falls ja, wogegen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie bei früheren Impfungen ohnmächtig geworden? Hatten Sie bei der Impfung Schwächegefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur für Frauen: Sind Sie schwanger, planen Sie eine Schwangerschaft in den nächsten vier Wochen oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch:**

(z.B. individuelle Risiken, mögliche Komplikationen, spezielle Fragen, Wiederimpfung etc.)

**Über die Denguefieber-Impfung und ihre möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich habe das Aufklärungs-Merkblatt vollständig gelesen, verstanden und zutreffend beantwortet. Ich hatte die Möglichkeit, alle mich interessierenden Fragen mit dem Arzt/der Ärztin zu besprechen und habe keine weiteren Fragen mehr.**

Ich möchte geimpft werden:     ja  nein

Ich benötige eine Kopie dieses Bogens:     ja

---

Datum, Name + Unterschrift Impfarzt/-ärztin

Datum, Name, Vorname und Unterschrift  
Patient/-in/ggfs. Erziehungsberechtigte/-r\*

\*Sollte ein/e Sorgeberechtigte/r allein unterschreiben, wird mit der Unterschrift erklärt, dass diese Person das alleinige Sorgerecht hat oder im Einvernehmen mit der/dem anderen Sorgeberechtigten handelt.