

Studentischer Gesundheitsdienst

University of Iowa
4189 Westlawn
Iowa City IA 52242

Impfstoff-Fragebogen

1. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, wenden Sie sich zur Klärung bitte an einen Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes.

	NEIN	JA	?
• Ist Ihnen durch eine Blutabnahme oder Injektion jemals schwindelig geworden oder sind Sie ohnmächtig geworden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Haben Sie in den letzten 4 Stunden etwas gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Fühlen Sie sich heute krank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie schwere Allergien oder starke Reaktionen auf Latex, Medikamente, Eier, Neomycin oder bisherige Impfstoffe? Wenn ja, bitte angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Leiden Sie unter chronischen Krankheiten (z.B.: Asthma, Diabetes, Arthritis, Erkrankungen von Lunge/Herz/Nieren/Leber/Nerven/Magen/Darm oder Blutkrankheiten)? Wenn ja, bitte angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Haben Sie ein schwaches Immunsystem (z.B.: durch HIV, Krebs, Medikamente, wie z.B. Steroide, Krebsmedikamente oder Röntgenbehandlungen)? Wenn ja, bitte angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Haben Sie in den letzten 4-6 Wochen andere Impfstoffe erhalten? Wenn ja, bitte angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Haben Sie das Informationsblatt über Impfstoffe gelesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Wenn sie jünger als 19 Jahre sind, nehmen sie REGELMÄSSIG Aspirin oder Medikamente, die Aspirin enthalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein oder planen Sie innerhalb des nächsten Monats schwanger zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hatten Sie jemals einen positiven Tuberkulosehauttest oder wurde ein Tuberkulose-Bluttest durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Bitte kreisen Sie den gewünschten Impfstoff ein, der verabreicht werden soll.

Hepatitis A	Influenza, Injektion	MMR	Td	Gelbfieber
Hepatitis B	Influenza, Nasenspray	Pneumokokken	Tdap	_____
Hepatitis A/B	Japanische Enzephalitis	Polio	Typhus	_____
HPV	Meningokokken, gebunden	Tollwut	Windpocken	_____

Unterschrift _____
Heutiges Datum ____/____/____