

Formular zur Einschätzung des möglichen Risikos von Migranten,
sich mit durch Impfung vermeidbaren Krankheiten
zu infizieren und des Bedarfs von Impfungen

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Alter:

Geschlecht: M W

Verfügbare Impfaufzeichnungen:

Medizinische Vorgeschichte

Risikofaktoren (z. B. Immunschwäche,
Diabetes, Lungenerkrankungen, etc):

Physiologischer Zustand

(z. B. Schwangerschaft):

**Einschätzung von Kontraindikatoren
und Vorsichtsmaßnahmen**

Absolut

(z. B. starke allergische Reaktionen):

Relativ

(z. B. Körpertemperatur >38.5 °C):

Herkunftsland:

Reiseroute (Aufenthalte in Flüchtlingslagern, mögliche Ansteckungspunkte), **Zeiträume,**
in denen eine Infektion möglich war (Dauer), Zeiträume von Zwischenstopps an
verschiedenen Orten, Dauer der einzelnen Reiseetappen:

Art der Erwerbstätigkeit im Gastland:

Familiäre Situation - Lebensbedingungen

(Migranten, die sich in Haftanstalten, Gefängnissen oder Langzeit-Pflegeeinrichtungen befinden, haben ein
erhöhtes Risiko der Infektion mit Influenza, Hepatitis B sowie Meningokokkenmeningitis):

Verhaltensbedingte Risikofaktoren (intravenöser Drogenkonsum, Reisen, sexuell riskantes
Verhalten, etc.):

P R O M O V A X

Impfdokumentation

Erwachsene

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Medizinische Hinweise (Allergien, Reaktionen auf Impfstoffe):

Impfung

Typ der
Impfung
(LOT # & Hersteller)

Datum
(Tag/Monat/
Jahr)

Unterschrift
des Arztes

Termin für die
nächste
Impfung

Hepatitis B

Diphtherie-
Tetanus-
Pertussis

Masern-
Mumps-
Röteln

Pneumokokken

Influenza

Andere

PROMOVAX

Impfdokumentation

Kinder

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Medizinische Hinweise (Allergien, Reaktionen auf Impfstoffe):

Impfung	Typ der Impfung (LOT # & Hersteller)	Datum (Tag/Monat/ Jahr)	Unterschrift des Arztes	Termin für die nächste Impfung
Diphtherie- Tetanus- Pertussis				
OPV/IPV				
Masern- Mumps- Röteln				
Varizellen				
Haemophilus Influenza Typ b				
Hepatitis B				
Pneumokokken				
Andere				