

Liebe Patientinnen und Patienten bzw. Eltern!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und ehrlich. Die Grundlage für eine mögliche Empfehlung hinsichtlich des Impfens oder Nicht-Impfens ist eine **belegbare Erkrankung** oder ein **Risikoprofil**. **Dieses muss belegt werden durch Vorlage von Befunden und Nennung von behandelnden Ärzten.** Weitere Infos hierzu [auf der Website](#)

Name	Vorname	geboren	Krankenkasse
------	---------	---------	--------------

Ihre Anschrift:	
E-Mail	
Tel. Festnetz	Tel. mobil / Arbeit
Beruf	

1. Haben Sie eine **Allergie?** (Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Insekten, Spritzen, Impfungen oder deren Inhaltsstoffe, Pollen, Z.n. Anaphylaxie / allergischem Schock, IgE-Erhöhung)
2. Hatten Sie einen **Impfzwischenfall?** (Schock, Unverträglichkeit, Impfschaden?)
3. Leiden Sie an einer **Gerinnungsstörung?** Hatten Sie Probleme in diesem Bereich?
 - a. Faktorenmangel? Thrombozytenstörungen oder - Mangel?
 - b. Hatten Sie eine Thrombose, Lungenembolie oder einen anderen Verschluss von Gefäßen?
 - c. Haben Sie eine koronare Herzerkrankung? Hatten Sie einen Herzinfarkt?
 - d. Hatten Sie einen Schlaganfall oder eine Hirnblutung?
4. Haben Sie eine **Autoimmunerkrankung?** (Schilddrüse, Rheuma, Magen-Darm-Trakt, Kollagenose, Sarkoidose?)
5. Hatten Sie Sie **eine Herzerkrankung?**
6. Haben Sie **Asthma?**
7. Haben oder hatten Sie **Krebs?**
8. Haben oder hatten Sie eine chronische **Neurologische Erkrankung?**
9. Wird bei Ihnen eine das **Immunsystem unterdrückende Behandlung** gemacht? (Chemotherapie, Bestrahlung, Kortisonbehandlung, Rheumamedikamente usw.)
10. Haben Sie **Implantate?** (Zähne, Gelenksersatz)
11. Sind Sie **schwanger?**
12. Haben Sie eine **Infektion?**

Hinweis: Gespräch, Untersuchung + schriftliche Empfehlung sind **Privatleistung**. Kosten für gesetzlich Versicherte bis zu 150,- Euro (mit Chipkarte für die EDV), für Privatversicherte bis 180,- Euro. **Sie haben - auch, wenn Sie den Termin wahrnehmen - KEINEN Anspruch auf eine Empfehlung!** - Buchen Sie hierzu gerne einen [10-Minuten-Online Termin](#). Es handelt sich um eine Empfehlung, **NICHT um ein Attest** zur absoluten Impfunfähigkeit!

Wir dürfen Sie per **Mail + Tel.** kontaktieren + Ihnen auch **Befunde** unverschlüsselt per Fax + Mail übermitteln.
Danke für Ihre Mitwirkung! - Ihr Praxisteam

Hamburg, den

Unterschrift