

Sehr geehrter Patient,
bitte beantworten Sie uns einige zusätzliche Fragen um auf Ihre individuellen Risikofaktoren noch besser eingehen zu können.

1. Hatten Sie bereits in der Vergangenheit eine Sinusvenenthrombose
Ja Nein
2. Gab es in der Vergangenheit bereits eine durch Heparin hervorgerufene Erniedrigung der Blutplättchen (Thrombozyten) ?
Ja Nein
3. Leiden Sie an einer Erkrankung der Blutplättchen ?
Ja Nein
4. Gab es in Ihrer Vergangenheit bereits Thrombosen ?
Ja Nein
5. Leiden Sie an einer Thrombophilie / Blutgerinnungsstörung ? (z.B. Faktor V Leiden)
Ja Nein

Falls Sie noch Fragen zur Impfung haben oder sich bei der Beantwortung der Fragen unsicher sind, sprechen Sie uns bitte an.

Sämtliche möglichen Nebenwirkungen der Impfung sind im beigefügten Aufklärungsbogen aufgeführt.

Eine gewisse Reaktion auf die Impfung innerhalb der ersten Tage nach der Impfung ist normal. (wie z.B. Fieber, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schwellung, Rötung der Einstichstelle)

Falls Sie jedoch ca 5-17 Tage nach der Impfung stark anhaltende Kopfschmerzen, Kurzatmigkeit, Beinschwellungen, anhaltenden Bauchschmerzen, neurologischen Symptomen oder punktförmigen Hautblutungen aufzeigen, wenden Sie sich sofort an die Hausarztpraxis bzw ausserhalb der Öffnungszeiten an das nächstgelegene Krankenhaus.

Hiermit bestätige ich, dass ich von der Hausarztpraxis Brunenthal über die Vektor Impfung ausführlich aufgeklärt wurde und ich der Impfung zustimme.

Ort, Datum

Unterschrift Patient