DR. CHRISTIANE MAURER
Ärztin für Allgemeinmedizin

Dorfstraße 57
6241 Radfeld
Telefon: +43 5337 62089
E-Mail: mail@dr-maurer.at

Gelbfieber Impfung mit Stamaril®

Bitte lesen Sie die folgenden Zeilen durch und füllen Sie unten die notwendigen Daten aus, die ich wissen muss, bevor ich Sie impfen kann.

Wie wird geimpft:

- Bei der Gelfieberimpfung handelt es sich um eine Lebendimpfung dh es wird ein veränderter, nicht krankmachender Virus unter die Haut verabreicht. Der Schutz tritt nach etwa 10 Tagen ein und hält lebenslang an.

Wer muss geimpft werden:

- Reisende in Risikogebiete
- Vorschrift Reiseland

Wann darf nicht geimpft werden werden:

- Allergie gegen Hühnereiweiß
- Akute fieberhafte Erkrankung
- Wenn Sie immunsupprimiert sind
- Säuglinge unter 9 Monaten
- Wenn Sie schwanger sind oder stillen: Impfung nur in Ausnahmefällen
- Bei HIV Infektion: nur nach Rücksprache mit Ihren betreuenden Arzt

Welche Nebenwirkungen können auftreten:

- Häufig und meist harmlos können Schmerzen am Injektionsort auftreten
- Gelegentlich kann es zu einer grippeähnlichen Allgemeinsymptomatik kommen, die innerhalb weniger Tage nach der Impfung auftritt und für 5-10 Tage anhalten kann.
- In seltenen Fällen (1 – 2 von 100 000 Impfungen) kann es zu einer schweren viszerotropen (YEL-AVD) oder neurotropen (YEL-AND) Erkrankung kommen, die tödlich verlaufen kann. Besonders die YEL-AVD ist unvorhersehbar und verläuft in über der Hälfte der Fälle tödlich.
- In der Fachinformation für Stamaril wird ein erhöhtes Risiko für schwere Komplikationen bei Personen über 60 Jahren angeführt. Nach neuesten Erkenntnissen trifft dies nicht zu.

Name:		Geburtsdatum:	
Reiseziel:			
Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?			
Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?			
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?			
Sind Sie schwanger oder planen demnächst schwanger zu werden?			

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.
Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt und bin mit der Impfung mit Stamaril einverstanden.

_____
Ort/Datum

_____ _____
Unterschrift Impfling Unterschrift Arzt