

# Erfassung des Erkrankungs- und Impfstatus durch den

Hausarzt / Kinderarzt nach geltender **S T I K O** - Empfehlung:

Name: ..... geb. ....

## I M P F S T A T U S

	Erkrankung	Grundimmunisierung			Booster/Auffrischung	
	durchgemacht:	erfolgt:		erfolgt:		
	Ja	Ja	Nein	im Jahr	Ja	im Jahr
<b>Tetanus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<b>Diphtherie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<b>Kinderlähmung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<b>Keuchhusten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<b>Masern</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<b>Mumps</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<b>Röteln</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<b>Windpocken</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<del>Hepatitis A</del>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
<b>Hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____

Tuberkulose

Haut-Test  
Datum:

positiv  negativ

Weitere Impfungen und Erkrankungen  
(insbesondere Ringelröteln, Zytomegalie)

ja

Welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: .....

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Haus-, Kinderarzt)