

# Fragebogen über aufgetretene Komplikationen nach Impfungen

*Bitte deutlich schreiben und ggf. Rückseite benutzen. Danke.*

Vorname der/des Geimpften: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand vor der Impfung: \_\_\_\_\_

Durchgemachte Krankheiten vor der Impfung: \_\_\_\_\_

Schwere der Krankheit: \_\_\_\_\_ Komplikationen: \_\_\_\_\_

Datum der ersten Impfung: \_\_\_\_\_ welcher Impfstoff: \_\_\_\_\_

Datum von Folgeimpfungen: \_\_\_\_\_ welcher Impfstoff: \_\_\_\_\_

Ist ein Beipackzettel vorhanden: \_\_\_\_\_ Welche Auffälligkeiten traten nach der  
Impfung auf: \_\_\_\_\_

Nach welcher Impfung traten die Auffälligkeiten auf: \_\_\_\_\_

In welchem Zeitabstand nach der Impfung traten sie auf: \_\_\_\_\_

Liegen hierüber ärztliche Unterlagen oder sonstige Dokumente vor: \_\_\_\_\_

Von wem wurden Sie/Ihr Kind behandelt: \_\_\_\_\_  
(Kinderarzt, Hausarzt, Heilpraktiker, Homöopath/...)

Sind Geschwister geimpft/nicht geimpft: \_\_\_\_\_

Name, Alter \_\_\_\_\_ kurze Angaben zur Gesundheit der Geschwister: \_\_\_\_\_

Adresse (falls anonym, bitte nur Wohnort angeben):

Name \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mit diesem Fragebogen möchten wir Daten erheben, um festzustellen, wie häufig bzw. welche Komplikationen nach Impfungen auftreten. Danke für Ihre Mithilfe. Wenn Sie an der Auswertung dieser Daten interessiert sind, vermerken Sie dies bitte. Senden Sie den Fragebogen an den:

Schutzverband für Impfgeschädigte e.V.

Postfach 5228, 58829 Plettenberg

Fax 02391-609366,

eMail SFI-EV@t-online.de

Kopieren und weitergeben erwünscht!