



Reisemedizin / Impfsprechstunde Infektiologie & Infektionsprävention Kantonsspital Olten

Patient/in

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gender: w m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VGE^b

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____ Nationalität: _____

Wohnsitzland, falls nicht CH: _____ Bekannt im KSO? _____

Reise-Länder-Städte	Datum	Rückkehr	Art der Reise
---------------------	-------	----------	---------------

Anamnese

Fühlen Sie sich zur Zeit gesund?

Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?

Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt?

Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?

Leiden/Litten Sie an einer chronischen Krankheit oder einer bösartigen Erkrankung?

Nehmen Sie Regelmässig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?

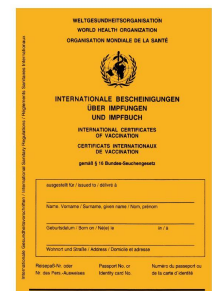
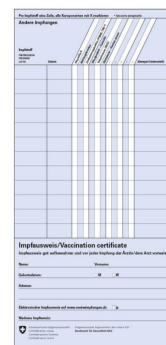
Besteht eine Hühnereiweissallergie/-Unverträglichkeit?

Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?

Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?
Wenn ja, welche?

Bemerkungen

Bitte schicken Sie uns eine Kopie Ihres Impfausweises, bevor Sie zu Ihrem Termin kommen, und bringen Sie das Original am Tag Ihres Termins mit.



Datum: _____ Unterschrift: _____

^b MtF = Geburtsgeschlecht männlich (M), Geschlechtsidentität weiblich (F) oder nicht-binär. FtM = Geburtsgeschlecht weiblich (F), Geschlechtsidentität männlich (M) oder nicht-binär. VGE = Variante der Geschlechtsentwicklung (intersexuell).