

Checkliste für vom Allgemeinmediziner empfohlene Impfungen

Titerbestimmung	Empfehlung des Arztes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------	-----------------------	-----------------------------	-------------------------------

Empfohlene Impfungen	Letzte Impfung	Nächste Impfung	Intervall-Empfehlung
----------------------	----------------	-----------------	----------------------

Diphtherie (dip)	_____	_____	alle _____ Jahre
Tetanus (TET)	_____	_____	alle _____ Jahre
Pertussis (PEA)	_____	_____	alle _____ Jahre
Poliomyelitis (IPV)	_____	_____	alle _____ Jahre
Hepatitis B (HBV)	_____	_____	alle _____ Jahre
Mumps	_____	_____	alle _____ Jahre
Masern	_____	_____	alle _____ Jahre
Röteln	_____	_____	alle _____ Jahre
FSME	_____	_____	alle _____ Jahre
Pneumokokken	_____	_____	alle _____ Jahre
Herpes Zoster (HZV)	_____	_____	alle _____ Jahre
Varizellen (VZV)	_____	_____	alle _____ Jahre
Influenza (IV)	_____	_____	alle _____ Jahre
_____	_____	_____	alle _____ Jahre
_____	_____	_____	alle _____ Jahre