

## Dokumentationsbogen zur Erfassung der durchgeführten Impfungen in den Gemeinschaftseinrichtungen für Asylsuchende (GEA)

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Kalenderwoche \_\_\_\_\_

Jahr \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_

	Anzahl in Augenschein genommene Personen	MMR	MMR-V	Varizellen	Tdap-IPV	DTPa-IPV-Hib	DTaP-IPV-Hib-HBV	Influenza
< 9 Monate					X			
9 Monate-4 Jahre					X			
5-12 Jahre						X	X	
13-45* Jahre			X			X	X	
älter als 45** Jahre		X	X	X		X	X	
<b>Gesamt</b>								

\*Erwachsene, die nach 1970 geboren sind

\*\*Erwachsene, die vor 1970 geboren sind

**Handelsnamen** (verwendete Impfstoffe bitte ankreuzen oder ggf. ergänzen)

MMR	<input type="checkbox"/> M-M-RVaxPro®	<input type="checkbox"/> Priorix®	
MMR-V	<input type="checkbox"/> Priorix-Tetra®		
Varizellen	<input type="checkbox"/> Varivax®	<input type="checkbox"/> Varilrix®	
Tdap-IPV	<input type="checkbox"/> Boostrix Polio®	<input type="checkbox"/> Repevax®	
DTPa-IPV-Hib	<input type="checkbox"/> Infanrix-IPV+Hib®	<input type="checkbox"/> Pentavac®	
DTaP-IPV-Hib-HBV	<input type="checkbox"/> Infanrix hexa®	<input type="checkbox"/> Hexyon®	
Influenza*	<input type="checkbox"/>		

\*Handelsnamen bitte eintragen!