



## **Merkblatt Aufklärung zur Gelbfieberimpfung**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Personalausweis.-Nr.: \_\_\_\_\_

Reiseland/– länder/zeitlicher Reiseverlauf: \_\_\_\_\_

### **Wichtige Informationen zur Gelbfieber – Impfung – bitte sorgfältig lesen!**

#### **1. Die Gelbfieber – Infektion**

Gelbfieber ist eine lebensbedrohliche Infektionskrankheit, welche bei ungünstigem Verlauf tödlich endet. Der Erreger ist das Gelbfieber Virus. Es wird durch tagsüber stechende Mücken in bestimmten Regionen in Südamerika und Afrika (WHO–Gelbfieber Epidemiegebiet) i.d.R. in ländlichen Gebieten von Affen auf den Menschen übertragen. Während einer Epidemie ist auch ein Mensch–zu–Mensch–Übertragung in den Städten möglich. Die Übertragungsgebiete können sich verändern.

#### **2. Schutz vor Infektionen/Einreise Vorschriften**

Neben Mückenschutz-Maßnahmen (Hautmoskitoabwehrmittel etc.) wird eine Infektion durch eine Impfung sehr wirksam verhindert. Die Impfung muss spätestens 10 Tage vor Einreise in ein Übertragungsgebiet bzw. in ein Land mit bestehender Gelbfieberimpfvorschrift durchgeführt werden damit sie wirkt und gültig ist.

Viele Länder verlangen bei der Einreise oder bei der Beantragung eines Visums die Vorlage einer **„Internationalen Bescheinigung über eine Gelbfieberimpfung“** (gelber Impfausweis), wenn sie aus einem Übertragungsgebiet oder als Staatsangehöriger eines Landes in einem Übertragungsgebiet (z.B. Brasilien, Ghana) mit einem Reisepass dieser Länder einreisen wollen. Die Impfung kann demnach zu ihrem persönlichen Schutz oder zur Verhinderung der Einschleppung in andere Länder notwendig sein.

#### **3. Gelbfieberimpfung/Dauer der Wirksamkeit**

Die Impfung erfolgt mit abgeschwächten Gelbfieberviren (sog. Lebendimpfstoff). Sie wird in der Regel unter die Haut (subkutan) des Oberarms gespritzt. Während der ersten 2 – 7 Tage kommt es zu einer Vermehrung der Impfviren und zur Bildung von Abwehrstoffen (Antikörpern). Nach 10 Tagen verfügen sie über einen wirksamen Impfschutz. Dieser hält mindestens 10 Jahre an, möglicherweise lebenslang. Bei bestimmten Personengruppen (z.B. Erstimpfung im Alter unter 2 Jahren, Schwangeren, Personen mit abgeschwächter Immunantwort) kann eine Wiederimpfung bei einem erneuten Gelbfieber-Übertragungsrisiko erforderlich sein.

Die Impfviren werden nicht auf andere Personen übertragen, die Impfung ist für andere einschließlich Schwangere oder kleine Kinder ungefährlich. Allerdings besteht ein



Übertragungsrisiko des Impfstoffs über die Muttermilch von stillenden Müttern auf ihre Säuglinge. Daher dürfen stillende Mütter ungeimpfter Säuglinge und Kleinkinder nicht geimpft werden. Weitere Lebendimpfungen wie z. B. gegen Masern, Mumps, Röteln und Windpocken können nur gleichzeitig oder im zeitlichen Abstand von mindestens 4 Wochen vor bzw. nach der Gelbfieberimpfung gegeben werden. Kürzlich durchgeführte Impfungen und die Gabe von Immunglobulinen (z.B. gegen Tollwut oder Hepatitis) sollten Sie mitteilen.

#### **4. Reaktionen nach der Impfung / unerwünschte Arzneimittelwirkungen**

Die Impfung ist im Allgemeinen gut verträglich. Unerwünschte Wirkungen treten i.d.R. innerhalb der ersten 3 Tage auf (Fieberreaktionen auch zwischen dem 4. und 14. Tag) und halten normalerweise nicht länger als 3 Tage an, klingen folgenlos ab und machen keine ärztliche Behandlung erforderlich.

Am häufigsten (bei ca. 15 %) treten Kopfschmerz, Abgeschlagenheit (Grippeähnliche Symptome mit Gelenk- und Gliederschmerzen), Schmerzen, Rötung, Verhärtung und Schwellung an der Injektionsstelle teilweise mit Beteiligung der zugehörigen Lymphknoten und Muskelschmerzen auf. Bei Kleinkindern sind Reizbarkeit, weinen, Appetitverlust die häufigsten Reaktionen (bei circa 1/3). Es kann zu Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, gelegentlich auch Bauchschmerzen kommen. Gelegentlich (d.h. weniger als 1 auf 100) können die Lokalsymptome auch schwerer sein. Bei 1.4 % (4.9 % bei Kleinkindern) kann die allgemeine Reaktion (z.B. das Fieber) schwerer ausgeprägt sein.

#### **5. Sehr seltene Impfreaktionen/Impfkomplikationen**

Impfkomplikationen sind sehr seltene (d.h. weniger als 1 auf 10.000), über das normale Maß einer Impfreaktion hinausgehende Folgen einer Impfung. Sehr selten können nach der Gelbfieberimpfung **bei Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffes und insbesondere gegen Hühnereiweiß** nach Minuten bis Stunden allgemeine Befindlichkeitsreaktionen wie Nesselsucht, Schleimhautschwellungen im Rachen mit Luftnot und eventuell Schockzuständen auftreten.

Sehr selten, d.h. weniger als 1 auf 100.000 kam es innerhalb von 30 Tagen nach einer Erstimpfung zu einer fieberhaften Entzündung des Gehirns, der Hirnhäute oder der Nerven mit Folgeschäden und in Einzelfällen tödlichem Ausgang. Auch über andere neurologische Anzeichen und Symptome, einschließlich Krämpfe, aufsteigende Lähmungen und neurologische Beeinträchtigungen wurde berichtet. Sehr selten, d.h. weniger als 1 auf 100.000 wurde innerhalb von 10 Tagen nach Erstimpfung über Fälle einer gelbfieberartigen Erkrankung mit häufig tödlichem Ausgang berichtet. **Insgesamt sind bei weltweit über 600 Millionen geimpften ca. 300 Fälle mit seltenen Impfkomplikationen und vereinzelt auch Todesfälle registriert worden.**

Das Risiko für diese im Komplikationen wird bei Personen über 60 Jahre als erhöht beschrieben (1.6 - 4 auf 100.000 Impfungen). Auch bei Kindern vor dem vollendeten 9. Monat sind höhere Komplikationsraten bekannt.

#### **6. Gegenanzeigen – d.h., eine Impfung sollte nicht durchgeführt werden**

bei Überempfindlichkeit (Allergie) gegen Impfstoffbestandteile oder gegen Hühnereiweiß, bei angeborenen oder erworbenen Erkrankungen des körpereigenen Abwehrsystems,



unter anderem symptomatische HIV-Infektion oder HIV-Infektion mit einer Zahl von unter 200 Helferzellen/ $\mu$ l. Weiterhin darf nicht geimpft werden bei immunsuppressiver Behandlung z.B. mit Kortison (Tabletten oder Spritzen) oder mit anderen Immunsuppressiva, nach Strahlen- und Chemotherapie, nach einer Thymusdrüsenentfernung oder einer Fehlfunktion der Thymusdrüse. Desgleichen bei bekannter Myasthenia gravis oder bei einer mäßig bis schweren fieberhaften oder anderen akuten Erkrankung. Während der Schwangerschaft und Stillzeit und bei Säuglingen zwischen dem vollendetem 6. und vollendetem 9. Monat sollte die Impfung nur unter strenger Nutzen-Risiko-Abwägung und nur bei unvermeidbarem Infektionsrisiko verabreicht werden. Bei Säuglingen jünger als vollendeter 6. Lebensmonat darf die Impfung nicht gegeben werden.

**Erstimpfungen bei Personen über 60 Jahre sollen nur durchgeführt werden, wenn ein signifikantes und unvermeidbares Risiko einer Gelbfieber-Infektion besteht. Gehören Sie zu dieser Gruppe oder falls einer der hier genannten Umstände auf sie zutrifft oder sie sich unsicher sind, ob sie eine Gelbfieberimpfung erhalten dürfen teilen Sie Ihre Zweifel dem Impfarzt/der Impfärztin mit.**

## **7. Verhalten nach der Impfung**

Für die Dauer von 7 Tagen bzw. bis zum abklingen möglicher Impfreaktionen sollten Sie sich keinen starken körperlichen Belastungen aussetzen (z.B. Leistungssport, geplante Operation, Sauna) und Sonnenbäder sowie übermäßigen Alkoholkonsum vermeiden. Für 4 Wochen nach der Impfung dürfen sie kein Blut spenden. Für die Dauer von 4 Wochen nach der Impfung ist eine Schwangerschaft zu vermeiden. Eine Impfung in der Schwangerschaft oder eine Schwangerschaft nach der Impfung ist jedoch kein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch. Sollten im zeitlichen Zusammenhang der Impfung unerwartete Symptome auftreten, die sie auf die Impfung zurückführen, konsultieren Sie eine Ärztin/einen Arzt.

**Zur Abschätzung des Risikos möglicher Nebenwirkungen durch die Impfung und zum Ausschluss von Gegenanzeigen beantworten Sie bitte folgende Fragen:**

1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Infektionen? **Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_
2. Haben Sie in letzter Zeit körperliche Veränderungen/Störung ihres Allgemeinbefindens bemerkt? Hatten Sie in den letzten Tagen Fieber? **Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_. Wenn ja, was/welche und wann? \_\_\_\_\_
3. Leiden Sie an Erkrankungen der inneren Organe oder des Nervensystems?  
**Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_
4. Ist bei ihnen die Thymusdrüse entfernt worden oder eine Thymuserkrankung bekannt?  
**Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_



5. Ist oder war bei Ihnen eine Überempfindlichkeit (Allergie) oder Asthma bekannt?  
**Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_
6. Ist bei ihnen eine spezielle Überempfindlichkeit gegen Hühnereiweiß bekannt?  
**Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_
7. Ist Ihre körpereigene Abwehr (Immunsystem) durch eine Krankheit (z.B. innere Erkrankungen, HIV-Infektion) oder durch bestimmte Behandlungen (Chemotherapie, Hyposensibilisierung, Kortisontherapie, Strahlentherapie, Transplantation) beeinträchtigt? **Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_
8. Nehmen Sie Medikamente ein oder bekommen Sie Medikamente gespritzt?  
**Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_. Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
9. Wurden sie während der letzten 4 Wochen geimpft? **Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_.  
Falls ja wogegen? \_\_\_\_\_
10. Nur für **Frauen**: sind Sie **schwanger/stillen** Sie? **Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_
11. Nur für **älter als 60jährige**: Die Reise ist auch in Kenntnis von Kapitel 5. und 6.  
Vermeidbar: **Ja** \_\_\_\_\_ **Nein** \_\_\_\_\_

**12. Anmerkung des Impfarztes/der Impfärztin zum Aufklärungsgespräch:**

(z.B. individuelle Risiken, mögliche Komplikationen, Verhaltenshinweise, spezielle Fragen, evtl. Wiederimpfung, mögliche Nachteile/Risiken im Falle einer Ablehnung/Verschiebung der Impfung)

---

---

**Über die Notwendigkeit der Impfung und ihre möglichen Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen wurde ich umfassend informiert. Ich habe dieses Merkblatt sowie den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und Zutreffend beantwortet. Ich hatte die Möglichkeit alle mich interessierenden Fragen mit dem Arzt/der Ärztin zu besprechen und habe keine weiteren Fragen mehr.**



Familienpraxis  
**Daniel Perreau**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Gelbfieberimpfstelle Nr. 154  
des Landes NRW**

**Aufklärung und Impfung durchgeführt:**

---

**Datum, Unterschrift Impfarzt/-ärztin**

---

**Datum, Unterschrift Patient/-in ggf. Erziehungsberechtigte/-r**

**Chargensticker**