

REISEMEDIZINISCHER DOKUMENTATIONSBOGEN

REISE-IMPFBERATUNG

Name: _____

Straße: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

REISEDATEN

Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

REISEBEDINGUNGEN

1 Aufenthalt im Landesinneren
unter einfachen Bedingungen (Rucksack-, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren / Hotels; Campingurlaub)

2 Aufenthalt in Städten
oder touristischen Zentren mit Ausflügen ins Landesinnere (organisiert) bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)

3 Aufenthalt in Großstädten
(ausschließlich) und Touristenzentren (Unterkunft in Hotels gehobenen bzw. europäischen Standards)

ART DER REISE

- Badeurlaub Sporturlaub (Sportart... _____)
 Rundreise Trekking-Tour (Höhe... _____)
 Geschäftsreise Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

ANAMNESE

- | | ja | nein | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Hühnereiweißallergie/-unverträglichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 3. Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist zeitnah eine geplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blutabnahmen Schwächezustände bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit. | | |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer
• chronischen Krankheit?
• einer bösartigen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

WICHTIGER HINWEIS:

Die Kosten für reisemedizinische Beratungen und Reiseimpfungen sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen!

Hiermit bestätige ich, über die im Rahmen der von mir gewünschten reisemedizinischen Beratung entstehenden Kosten (für Beratungs-/Impleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Ort / Datum

Unterschrift des Reisenden



IMPFPPLAN

Name: _____ Vorname: _____ Alter: _____ Reiseland: _____

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	IMPFPPLANUNG			
		ja	nein		1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin
					Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff	Impfstoff
<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Gelbieber*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A+B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Meningokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Jap. Enzephalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

* Impfung nur in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen

ANMERKUNGEN _____

<input type="checkbox"/> Malaria-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> Expositionsprophylaxe	<input type="checkbox"/> Chemoprophylaxe mit _____	<input type="checkbox"/> Standby-Medikation _____
	ANMERKUNGEN _____		

