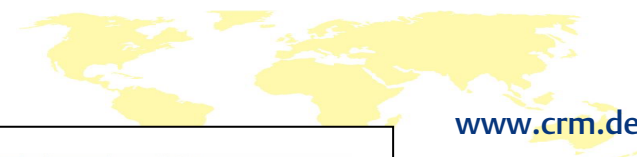


Reisemedizinischer Dokumentationsbogen

Reise-Impfberatung



Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Tel.: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Reisedaten

Reiseländer	Ankunft			Reisebedingung		
	Tag	Monat	Jahr	1	2	3
Rückkehr:						

Reisebedingungen

- Aufenthalt im Landesinneren unter einfachen Bedingungen (Rucksack, Trekking-, Individualreise mit Unterkunft in einfachen Quartieren/Hotels; Campingurlaub)
- Aufenthalt in Städten oder touristischen Zentren mit (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)
- Aufenthalt ausschließlich in Großstädten 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 |
| 1. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? | <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"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blut-
abnahmen Schwächezustände bekannt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| 9. Wurden in den letzten 4 Wochen
Impfungen bei Ihnen durchgeführt?
Wenn ja, welche?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bei Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft
oder ist eine geplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte
unbedingt mit. | | |

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-/Impfleistungen, Impfstoffe) informiert worden zu sein und erkläre mich zur privaten Kostenübernahme bereit.

Datum Unterschrift des Reisenden

Impfplan für die Reise nach _____

Name: _____ Vorname: _____ PLZ: _____

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Störungen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche Impfungen	Impfplan			
		ja	nein		c. germbn	(. germbn	R. germbn	k. germbn
					3) Aufüt	3) Aufüt	3) Aufüt	3) Aufüt
<input type="checkbox"/>	Tdap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Gelbfieber*	<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"/>	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Chikungunya	<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"/>	Herpes zoster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	RSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Mpox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Risikoprüfung (Anamnese, Impfstatus, Reiseziel, Reisezeitpunkt)

Prüfung, Datum: _____

<input type="checkbox"/>	Malaria-Prophylaxe	<input type="checkbox"/> - I Coftizofuroxal e	<input type="checkbox"/> USemoOroOxal e mlZ	<input type="checkbox"/> Qanzhvi/ ehb azon
--------------------------	--------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------	--------------------------------------------

Prüfung, Datum: _____