

Reiseimpfberatung – Dokumentationsbogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

TEL: _____

Reisedaten:

Reiseländer	Ankunft			Reisebedingungen		
	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 (organisierten) Ausflügen ins Landesinnere bzw. organisierte Rundreise durch das Landesinnere (Pauschalreise, Unterkunft in Hotels mittleren bis gehobenen Standards)

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

Art der Reise:

- Badeurlaub Rundreise Geschäftsreise
 Sporturlaub (Sportart: _____) Trekkingtour
 Langzeitaufenthalt (länger als 6 Wochen)

Anamnese

	JA	NEIN
1, Besteht eine Hühnereiweißallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2, Besteht eine andere Allergie? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
3, Sind anlässlich von Injektionen Schwächezustände bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4, Haben oder hatten Sie ein Anfallsleiden (Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5, Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • 		
6, Wurden in den letzten 4 Wochen Impfungen bei Ihnen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
7, Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8, 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: _____

Für die Reise empfohlen	Impfung gegen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderlicher Impfungen	Impfplan			
		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"/>	Pertussis	<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"/>	Dengue	<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"/>	Influenza	<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"/>					

Anmerkungen _____

<input type="checkbox"/>	Malariaprophylaxe	Expositionsprophylaxe	Chemoprophylaxe mit _____	Notfallselfsttherapie mit _____
--------------------------	--------------------------	-----------------------	------------------------------	------------------------------------