



Reisemedizinischer Dokumentationsbogen Reise-Impfberatung



Name _____ Vorname _____
 PLZ, Ort _____ Straße _____
 Tel. _____ Beruf _____
 Geburtsdatum _____

Reisedaten

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

Art der Reise

Badeurlaub Sporturlaub: Sportart _____
 Rundreise Trekking Tour: Höhe _____
 Geschäftsreise Langzeitaufenthalt: länger als 6 Wochen

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)

Anamnese

	ja	nein		ja	nein
1. Fühlen Sie sich zu 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"/>	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Unverträglichkeiten gegen Impfungen oder Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Sind anlässlich von Infektionen/Blutabnahmen 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"/>			

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 _____

Für die Reise empfohlen bzw. vorgeschrieben	Impfung gegen	Grundimmunisierung abgeschlossen		Anzahl erforderliche 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"/>	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"/>	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"/>	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 _____