

Fragebogen zur Impfberatung

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und bringen Sie es zusammen mit Ihrem Impfausweis zu Ihrem Termin mit.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Reiseziel: _____

Abreisedatum: _____

Reisedauer: _____

Reiseart:

- Rundreise Ländliche Regionen/Trekking/Hygienemangel Städtereise
 Hotelurlaub Katastrophenregion enger Kontakt zu Tieren
 Praktika/Freiwilligenarbeit (was): _____ Sonstiges: _____

Bisherige **Impfungen** mit Datum:

- Tetanus/Diphtherie/Polio: _____ Masern/Mumps/Röteln: _____
 FSME: _____ Windpocken: _____ Pneumokokken: _____
 Influenza: _____ Hepatitis A: _____ Hepatitis B: _____ Tollwut: _____
 Gelbfieber: _____ Jap. Enzephalitis: _____ Meningokokken: _____

Sind bei Ihnen nach Impfungen **Komplikationen** aufgetreten? Wenn ja, welche **Symptome** und nach welcher Impfung?

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie **Medikamente** ein? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie **Allergien**? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie schon mal eine **Dengue-** oder **Malaria-**Erkrankung gehabt?

- nein ja, Dengue ja, Malaria wenn ja, wann? _____

Haben Sie schon mal eine Malaria Prophylaxe eingenommen? nein ja, wann: _____

Die Reiseimpfberatung ist eine Selbstzahlerleistung. Die Kosten hierfür betragen 30,00€.
Die für die Reise benötigten Impfungen müssen selbst bezahlt werden. Ggf. sind diese bei Ihrer Krankenkasse erstattungsfähig. Dazu müssen Sie das Privatrezept selbst bei Ihrer Krankenkasse einreichen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben. Ich erkläre mich, damit einverstanden, die Kosten für die Beratung und die Impfung selbst zu tragen.

Bitte denken Sie daran Ihren Impfausweis mitzubringen.

Ort, Datum

Unterschrift