

# Reisemedizin- und Impfberatung

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnr. privat

Telefonnr. geschäftl.

E-Mailadresse

Ihre Größe

cm

Ihr Gewicht

kg

## Zielland/-länder

Bitte nach Möglichkeit genaue Angaben von zu bereisenden Provinzen, Regionen und Städten machen.

## Art der Reise

Rucksackreise

ggfs. mit Aufenthalt im Outdoor-/Outbackbereich über längeren Zeitraum

Hotel

ggfs. mit Aufenthalt ausschließlich am Strand oder in der Anlage

Städtereise

Rundreise

sonstiges:

## Reisetermine

Beginn am

Ende am

Bestehen Allergien gegenüber Medikamenten, Impfstoffen oder Hühnereiweiß?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Traten bei früheren Impfungen Komplikationen auf?

ja

nein

Wenn ja, welche?

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**

Sind Sie schwanger?

ja  nein

Wenn ja, welche Woche?

---

Bestanden in den letzten 14 Tagen Anzeichen für eine akute Erkrankung?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Abwehr- oder Immunsystems?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie unter Schuppenflechte?

ja  nein

Gibt es Hinweise auf psychische Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie an Herzrhythmusstörung?

(Dies ist für die Verschreibung einiger Antimalariamittel notwendig. Bei Unklarheiten kann ein EKG gemacht werden.)

ja  nein

Leiden Sie an Störungen der Blutgerinnung oder haben Sie schon einmal eine Thrombose erlitten?

ja  nein

Wenn ja, welche Krankheiten?

---

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**

Haben Sie in den letzten 12 Wochen Impfungen oder Serumgaben (Immunglobuline) erhalten?

- ja  nein

Welche Impfungen wurden bereits durchgeführt?  
(Bitte ggfs. Impfausweis beilegen)

Impfung gegen	Impfdatum		Impfung gegen	Impfdatum
Tetanus			FMSE	
Diphtherie			Tollwut	
Hepatitis A			Polio	
Hepatitis B			Gelbfieber	
Meningitis			Japanische Enzephalitis	
sonstige			sonstige	
sonstige			sonstige	

### Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich die Kosten für die im Reiselang erforderlichen Impfstoffe, die Impfung sowie das Beratungsgespräch/die Untersuchungen sowie ggfs. das Ausstellen notwendiger Bescheinigungen zunächst selbst tragen muss, unabhängig von einer späteren Erstattungsmöglichkeit an mich durch meine gesetzliche oder private Krankenkasse. Ich wurde darauf hingewiesen, dass weitere Kosten entstehen können, wenn zusätzliche Untersuchungen bei anderen Ärzten oder Labors durchgeführt werden müssen. In diesem Fall erhalte ich eine Rechnung direkt von dem jeweiligen Leistungserbringer. Die Leistungen werden im Allgemeinen vor dem Verlassen der Praxis in bar entrichtet.

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**