

## Reise-Impfberatung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Reisedaten

Reise-Länder	Ankunft			Reisebedingung		
	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 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                     |  | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fühlen Sie sich zur 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 Hühnerweißallergie/-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"/> | 10. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft oder ist eine geplant?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind anlässlich von Injektionen/Blut - abnahmen Schwächezustände bekannt?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Wenn Sie HIV-positiv sind, teilen Sie uns das bitte unbedingt mit.               |                          |                          |
| 6. Haben/Hatten Sie oder Familienmitglieder Nervenkrankheiten oder ein Anfallsleiden?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| 7. Leiden/Litten Sie an einer<br>• chronischen Krankheit?<br>• 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 \_\_\_\_\_